病历书写规范

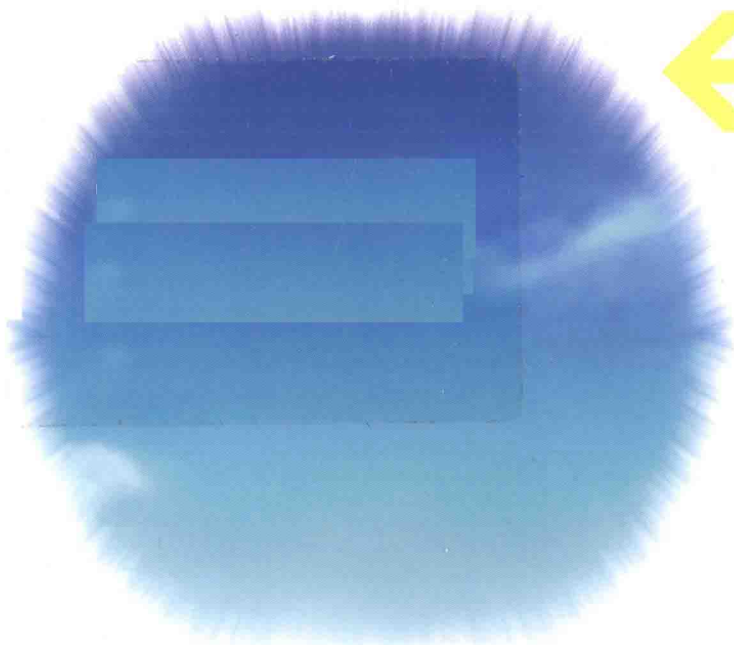
BINGLI SHUXIE GUIFAN

（最新版）



主编 费勤福 副主编 徐宏光

病历作为临床医学文书，客观记录了患者疾病的发生、发展和转归，反映了医疗行为的全过程与质量，历来是医疗、教学、科研的第一手资料，更是行业管理中综合评价医疗技术、医疗质量和医院管理水平的依据。



APGTIME 时代出版
时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

病历书写规范

BINGLI SHUXIE GUIFAN

（最新版）



主 编 费勤福 副主编 徐宏光

ARCTIME 时代出版
时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

病历书写规范:最新版/费勤福主编. 一合肥:安徽科学技术出版社,2015.1
ISBN 978-7-5337-6429-6

Ⅰ.①病… Ⅱ.①费… Ⅲ.①病案-书写规则
Ⅳ.①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 206916 号

病历书写规范(最新版) 主编 费勤福 副主编 徐宏光

出 版 人:黄和平 选题策划:黄和平 责任编辑:杨 洋
责任校对:陈会兰 责任印制:廖小青 封面设计:冯 劲
出版发行:时代出版传媒股份有限公司 http://www.press-mart.com
安徽科学技术出版社 http://www.ahstp.net
(合肥市政务文化新区翡翠路 1118 号出版传媒广场,邮编:230071)
电话:(0551)63533323
印 制:安徽新华印刷股份有限公司 电话:(0551)65859178
(如发现印装质量问题,影响阅读,请与印刷厂商联系调换)

开本:880×1230 1/32 印张:21.5 字数:560 千
版次:2015 年 1 月第 1 版 2015 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5337-6429-6 定价:39.80 元

《病历书写规范》(最新版)编委会

序　言

病历作为临床医学文书，客观记录了患者疾病的发生、发展和转归，反映了医疗行为的全过程，是医疗、教学、科研的第一手资料，更是行业管理中综合评价医疗技术、医疗质量和医院管理水平的依据。随着经济与社会的发展，病历不仅是为医疗事故鉴定、医疗纠纷争议等提供客观的医疗行为事实和法律书证，保护医患双方合法权益的重要文档，还要符合法学、社会学的要求，成为劳动就业、医疗保险等提供人群基本健康凭证之一。

安徽省历来十分重视病历书写和病案管理。省卫生厅于1982年编印了《安徽省病历规范》供全省参考使用。1991年和2004年，委托皖南医学院弋矶山医院进行修订和补充，增加了病历书写的基本要求和病历质量评定标准，使之更加贴近实际，适合临床，并更名为《病历书写规范》。该书荣登全国新华书店科技图书畅销榜，得到了全国医务界同仁和广大读者的好评。

此次重新编写《病历书写规范》是依据卫生部卫医政发〔2010〕11号《病历书写基本规范》、卫医政发〔2010〕24号《电子病历基本规范》（试行）和卫生部、国中医药医政发〔2010〕29号《中医病历书写基本规范》，以及国家卫生计生委、国家中医药管理局国卫医发〔2013〕31号《医疗机构病历管理规定（2013年版）》等文件精神，并结合我省实际予以更新、补充、完善的。新修编的《病历书写规范》

从规范医务人员执业行为的角度出发，明确了病历书写的基本规则与要求，注重医疗行为的过程记录，将提高病历书写水平与提高专业技术水平紧密结合起来。

各级卫生计生行政部门必须加强学习培训，加大宣传力度，强化实施中的监督检查。医疗机构要建立健全工作规范和规章制度，提高广大医务人员的法律意识和遵纪守法的自觉性，使新规范迅速融入现代医院管理的各项业务活动之中，成为指导医务人员正确履行职责、义务，维护专业活动中医患双方权益的指南。我省最近修订了卫生系列高级职称评审条件，其中将病历书写情况做为审定医务人员能否晋升的重要依据。各级医疗机构及广大医务人员要进一步强化行业自律，全心全意为人民群众服务，使病历书写和病历管理步入科学化、规范化管理的轨道，不断提高医疗质量和医院管理水平。

安徽省卫生和计划生育委员会　主任

2014 年 12 月

前　言

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。高质量的病历为医疗机构和医务人员的医疗、科研、教学提供极其宝贵的基础资料，在涉及医疗争议时，又成为判定法律责任、维护医患双方合法权益的重要依据。病历质量管理已成为医院管理的重要内容之一。

病历作为临床医学文书，客观真实地记录着患者疾病的发生、发展和转归，反映了医疗机构医疗行为的全过程与质量，病历书写既是临床医务人员从业必须掌握的基本功，更是医疗机构依法执业、规范管理不可忽视的重要环节。为进一步规范医务人员的病历书写，提高医疗机构的病历管理水平，切实做好卫生部《病历书写基本规范》文件的贯彻落实，我们结合临床工作实际，在安徽省原有《病历书写规范》修订版的基础上进行修订，重新编写了安徽省《病历书写规范》，作为医务人员病历书写的基本要求和指南。

全书共分十三章，内容包括：病历书写基本要求；病历书写要求与格式，包括门(急)诊病历和住院病历；各种记录书写要求与格式；各专科(如内科、外科、妇产科、儿科等)病历书写重点要求；中医、中西医结合病历书写要求与格式；常用医疗申请单、报告单书写要求与格式；护理文书书写要求与格式；医疗知情同意书、处方书写规范及质量标准；住院病案首页书写要求与格式；电子病历规范要求；临床路径文本及实施记录基本要求；病历管理及质量控制等，同时还附录了与病案相关的文件、法律、制度等。

本书依照《中华人民共和国执业医师法》《中华人民共和国侵

权责任法》《医疗事故处理条例》《病历书写基本规范》及《医疗机构病历管理规定(2013年版)》等有关要求改编而成。新版《病历书写规范》是安徽省各级各类医院必须遵循的病历书写及病历管理的标准,同时,也是卫生计生行政部门对医院检查、等级评审的重要依据之一。实施过程中,肯定还会遇到不少新情况、新问题,希望注意总结经验,拾遗补缺,及时向省卫计委报告。

本规范的修编,得到安徽省立医院、安徽医科大学第一附属医院、蚌埠医学院第一附属医院、皖南医学院第一附属医院(弋矶山医院)、安徽医科大学第二附属医院、安徽中医药大学第一附属医院、安徽省护理学会、合肥市精神病医院等单位和各学科专家的积极支持和参与。皖南医学院第一附属医院(弋矶山医院)、安徽省医院管理协会病案管理专业委员会在编委会成立前,做了大量的前期准备工作,并对全书进行通篇修改,为新规范的修编工作奠定了良好的基础。

本书在编撰过程中,还参阅了山东省《最新病历书写规范解读》和北京大学人民医院《知情同意书汇编》部分内容,在此一并致谢!

由于编者水平有限,书中难免存在不妥之处,敬请读者指正。

编　委　会

2014年12月

目　　录

第一章　病历书写基本要求 …………………………………………… (1)
第一节　病历的定义 …………………………………………………… (1)
第二节　病历的类型与组成 …………………………………………… (1)
第三节　病历价值及书写意义 ………………………………………… (3)
第四节　病历书写原则及基本要求 …………………………………… (6)
第二章　病历书写要求与格式 ……………………………………… (10)
第一节　门(急)诊病历要求与格式 ………………………………… (10)
第二节　住院病历与入院记录书写要求与格式 ………………… (13)
第三章　各种记录书写要求与格式 ………………………………… (30)
第一节　各种记录书写、修改的基本要求 ………………………… (30)
第二节　病程记录 …………………………………………………… (30)
第三节　上级医师查房记录 ………………………………………… (33)
第四节　抢救记录 …………………………………………………… (34)
第五节　阶段小结记录 ……………………………………………… (35)
第六节　交(接)班记录 ……………………………………………… (36)
第七节　转科记录 …………………………………………………… (37)
第八节　输血记录 …………………………………………………… (39)
第九节　有创诊疗操作记录 ………………………………………… (39)
第十节　会诊申请及会诊记录 ……………………………………… (40)
第十一节　病例讨论记录 …………………………………………… (43)
第十二节　术前小结记录 …………………………………………… (49)
第十三节　手术安全核查记录 ……………………………………… (50)

第十四节　手术风险评估记录 …………………………… (52)
第十五节　麻醉术前访视记录 …………………………… (55)
第十六节　麻醉记录 ………………………………………… (57)
第十七节　麻醉术后访视记录 …………………………… (60)
第十八节　手术记录 ………………………………………… (61)
第十九节　术后病程记录 ………………………………… (62)
第二十节　医嘱记录 ………………………………………… (63)
第二十一节　病危(重)通知书 ………………………… (65)
第二十二节　出院记录 …………………………………… (65)
第二十三节　死亡记录 …………………………………… (67)
第二十四节　医院感染调查表 ………………………… (68)
第四章　各专科病历书写重点要求 …………………… (70)
第一节　呼吸内科 ………………………………………… (70)
第二节　心血管内科 ……………………………………… (71)
第三节　消化内科 ………………………………………… (73)
第四节　肾脏内科 ………………………………………… (75)
第五节　血液内科 ………………………………………… (77)
第六节　内分泌科 ………………………………………… (79)
第七节　风湿免疫科 ……………………………………… (81)
第八节　神经内科 ………………………………………… (84)
第九节　精神科 …………………………………………… (87)
第十节　感染性疾病科 …………………………………… (92)
第十一节　儿科 …………………………………………… (94)
第十二节　外科 …………………………………………… (97)
第十三节　儿外科 ………………………………………… (99)

第十四节　神经外科 …………………………………………… (100)
第十五节　心脏外科 …………………………………………… (103)
第十六节　胸外科 ……………………………………………… (105)
第十七节　泌尿外科 …………………………………………… (106)
第十八节　骨科 ………………………………………………… (109)
第十九节　烧伤科 ……………………………………………… (112)
第二十节　整形外科 …………………………………………… (113)
第二十一节　妇科 ……………………………………………… (114)
第二十二节　产科 ……………………………………………… (117)
第二十三节　眼科 ……………………………………………… (118)
第二十四节　耳鼻咽喉头颈外科 ……………………………… (119)
第二十五节　口腔科 …………………………………………… (124)
第二十六节　皮肤性病科 ……………………………………… (133)
第二十七节　肿瘤内科 ………………………………………… (135)
第二十八节　放射肿瘤科 ……………………………………… (138)
第二十九节　介入放射科 ……………………………………… (138)
第三十节　康复医学科 ………………………………………… (140)
第三十一节　核医学科 ………………………………………… (142)
第三十二节　急诊内科 ………………………………………… (144)
第三十三节　急诊外科 ………………………………………… (147)
第三十四节　重症医学科 ……………………………………… (149)
第三十五节　老年医学科 ……………………………………… (156)
第五章　中医、中西医结合病历书写要求与格式 ……………… (225)
第一节　门(急)诊病历要求与格式 …………………………… (226)
第二节　住院病历要求与格式 ………………………………… (227)

第三节 中医各专科病历书写要求 …………………… (240)
第四节 中医病历质量评定标准 ……………………… (246)
第五节 各类病历表格记录格式 ……………………… (249)
第六章 常用申请单、报告单书写要求与格式 ………… (288)
第一节 放射医学诊断报告基本范畴与要求 ………… (288)
第二节 放射医学诊断报告基本格式与内容 ………… (290)
第三节 放射医学检查申请单的基本格式与内容 …… (299)
第四节 超声报告基本范畴与要求 …………………… (310)
第五节 超声报告基本要求与格式 …………………… (312)
第六节 超声报告基本描述 …………………………… (327)
第七节 检验申请单、报告单的基本内容与格式 ……… (346)
第八节 病理会诊单、诊断报告单的基本要求与格式 … (368)
第九节 核医学诊断报告内容要求与格式 …………… (381)
第七章 护理文书书写要求与格式 ……………………… (405)
第一节 生命体征观察单(体温单) …………………… (405)
第二节 医嘱单 ………………………………………… (408)
第三节 住院患者入院护理评估记录单(含四评单) …… (408)
第四节 住院患者护理记录单 ………………………… (410)
第五节 手术护理记录单 ……………………………… (412)
第六节 产科护理记录单 ……………………………… (412)
第七节 专科护理记录单 ……………………………… (414)
第八节 住院患者健康教育评价单 …………………… (416)
第八章 医疗知情同意书 ………………………………… (464)
第一节 概述 …………………………………………… (464)
第二节 知情同意书履行的主体 ……………………… (468)

第三节　知情同意书的种类和内容 …………………… (469)
第四节　常用知情同意书示例 …………………… (472)
第九章　处方书写规范及质量标准 …………………… (543)
第一节　处方的定义、分类与内容 …………………… (543)
第二节　处方的权限、限量 …………………… (545)
第三节　处方书写规范 …………………… (548)
第四节　合格处方的质量标准 …………………… (549)
第十章　住院病案首页书写要求及格式 …………………… (553)
第一节　病历首页书写要求 …………………… (553)
第二节　卫生部《住院病案首页》部分项目填写说明 …… (555)
第三节　病案首页格式 …………………… (564)
第十一章　电子病历规范要求 …………………… (566)
第一节　电子病历书写基本要求 …………………… (566)
第二节　计算机打印电子病历基本要求 …………………… (568)
第三节　电子病历格式基本要求 …………………… (568)
第四节　电子病历管理办法 …………………… (569)
第十二章　临床路径文本及实施记录基本要求 …………………… (574)
第十三章　病历管理与质量控制 …………………… (579)
第一节　概述 …………………… (579)
第二节　病历管理要求 …………………… (580)
第三节　病历排列顺序 …………………… (584)
第四节　病历质量评定标准 …………………… (587)
第五节　病历表格印制规范 …………………… (600)

附　录 …………………… (602)

第一章　病历书写基本要求

第一节　病历的定义

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。传统医学对患者的诊疗记录称之诊籍、医案或脉案，现代医学则有病案、病历、病史之称呼。目前，临床对医学记录通常用病案和病历两个术语。病历是指患者正在治疗中，医疗记录尚未完成，医务人员正在书写的文件资料；病案是指患者出院后，病历资料经过整理，装订成册后，称之病案。病历与病案的区别是前者指患者在医院正在治疗中医务人员书写的医疗记录，后者是指已经完成的医疗记录。

病案是有关患者健康状况的资料，包括患者本人或他人对疾病的病情描述和医务人员对患者的查体结果，以及医务人员对疾病病情的分析、诊疗过程和疾病转归情况的记录，同时还有与之相关的具有法律意义的文书、单据。医疗记录可以是文字形式，也可以是图表、图像、录音等形式。

对于病历的概念必须说明两点：第一，由于现代医疗活动存在着分工和协作，不可避免地存在一些中间环节，需履行文字手续，形成一些临时文件，而这些文件一旦达到了具体医疗行为目的之后就没有存在的价值，医院一般不予保存，如入院须知、辅助检查申请单等。第二，病理切片、X线片等不能归入病案保存，存入病案的只是报告单。因此，不是所有医疗活动过程中形成的文字、符号、图表等资料都是病历（病案）资料。

第二节　病历的类型与组成

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图

表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。

病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

一、病历的类型

（一）按种类

分为门诊病历、门诊手册、急诊病历、急诊留观病历和住院病历。

（二）按时间

分为运行病历和出院病历。

二、病历的组成

（一）门（急）诊病历的组成

1. 病历首页（手册封面）
2. 病历记录
3. 化验单（检验报告）
4. 医学影像检查资料等

（二）住院病历的组成

1. 住院病案首页
2. 入院记录
3. 病程记录：包括首次病程记录、日常病程记录、上级医师查房记录、交（接）班记录、转科记录、阶段小结、抢救记录、有创诊疗操作记录、术前小结等。
4. 会诊记录
5. 疑难病例讨论记录
6. 术前讨论记录
7. 手术同意书
8. 麻醉同意书、麻醉术前访视记录、麻醉记录、麻醉术后访视记录
9. 手术风险评估记录、手术安全核查记录、手术物品清点记

录、手术记录

10. 术后病程记录

11. 出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录

12. 植入性医疗器械使用登记表

13. 输血治疗知情同意书

14. 特殊检查(特殊治疗)同意书

15. 病理资料

16. 辅助检查报告单

17. 医学影像检查资料

18. 体温单

19. 医嘱单:长期医嘱单和临时医嘱单

20. 医患沟通记录

21. 病危(重)通知书

22. 授权委托书

23. 护理记录:住院患者入院护理评估单(包括生活自理能力评估单、压疮风险评估单、管道滑脱危险因素评估单、跌倒/坠床风险评估单)、病重(病危)患者护理记录、住院患者护理记录单、手术护理记录单、产科护理记录单、专科护理记录单(血液透析护理记录单、PICC 穿刺记录单、急诊危重患者抢救记录单)、患者转运交接单(急诊、危重、一般)。

24. 其他相关资料及随诊信件

第三节　病历价值及书写意义

一、病历价值

病历是关于患者疾病发生、发展、诊断、治疗情况的系统记录;是临床医师根据问诊、查体、辅助检查以及对病情的详细观察所获得的资料,经过归纳、分析、整理、书写而成的档案资料。

病历不但真实反映患者病情,也直接反映医院医疗质量、学术水平及管理水平;病历不但为医疗、科研、教学提供极其宝贵的基

础资料，也为医院管理、政府决策提供不可缺少的医疗信息；在涉及医疗争议时，病历又是帮助判定法律责任的重要依据；在医疗保险中，病历是相关医疗付费的凭据。

（一）对患者而言

病历记录患者疾病的发生、发展、变化、诊断、治疗和转归的全过程，是患者个人的健康档案，涉及患者的健康状况、民事权利、个人隐私等。

（二）对医务人员而言

病历是对患者进行诊断、治疗措施等医疗行为的详细记录，反映医疗工作的实际情况；同时通过记录可判断医务人员的业务技术水平、行为是非等。

（三）在医疗方面

病历是医务人员正确诊断和决定治疗方案不可缺少的重要依据。病案资料是维系医疗团体内或医疗机构之间的信息传递，成为医务人员工作的桥梁、纽带。病案具有备忘功能，能够使医务人员在短时间内了解到患者健康史、家族史、既往病史、近期用药、医疗史、药物过敏史等重要的信息，它对于当前患者病情判断、诊疗计划至关重要。

（四）在教学方面

一份内容完整的病历能够系统地反映出某个病例的全貌，没有一种疾病的临床表现是完全相同的，不同的体质、不同年龄对疾病会有不同的反应，所以病案提供给临床教学是直接示教意义，有时会远远高出教科书。教科书中是典型病例，典型的症状、体征，只有典型的诊疗方案，而病案具有其多样性，被誉为“活”的教材，病案作为教材的优点在它的实践性，它记录人们对疾病的认识、辨析、治疗的成功与失败的过程。

（五）在科研方面

医学科学的目的就是提高医学理论水平和寻求最佳的诊断及治疗方法。通过对大量病历资料的分析研究，可以得出新的经验；

新的经验推广于临床所产生的资料又记录在病历中，如此周而复始、循环不已，促进临床医学的发展。通过病历的积累，研究疾病的发生发展的过程，找出某些疾病的预防措施，减少发病率，从而达到保障人民健康的目的。

（六）在医院管理方面

病历是医院管理中重要的信息资料，可以了解医疗水平、管理水平、服务质量、医疗费用与医疗活动的比值等，是检查和监督医院工作并进行科学管理的可靠依据；是制订各种计划，进行行政管理、医疗管理的决策参考；病历是医疗统计重要的原始资料，是医疗业务活动数量和质量统计的可靠依据。通过对各种指标的统计，实现卫生行政部门对医院工作的评价和监督。

（七）在医疗保险方面

病历中的医嘱和检查报告等是医院、基本医疗保险、商业保险公司计算医疗费用、支付保额的基本依据。

（八）在医疗纠纷和医疗法律证据方面

医疗是一个高危市场，医院是以患者为医疗对象，极容易出现医疗意外、医疗事故，产生医疗纠纷和法律事件。在病案中，有一系列的患者或家属签字文件，这些患者或家属签字的文件赋予医院某种权利，它具有法律作用。在处理过程中病案几乎成了唯一的证据。如果病案记录不恰当、不完整、不准确、有不合法的修改等，在法庭上都将是不利的证据。如果医院提供不出病案其后果更为严重。

（九）在临床研究与临床流行病学研究方面

临床研究主要是对案例的研究，即个案或多个案例的研究。临床流行病学的研究则是对案例相关性的研究，对疾病在家族、在人群流行与分布的研究。通过统计分类，比较、观察病例之间的特性、关联性以获得对疾病发生、发展规律的解释，找出最佳的治疗方案。

（十）在医疗统计方面

病案涵盖了患者身份证明和有关医疗活动的信息，是医疗业

务活动数量和质量统计分析的原始资料，为医院管理提供所需要的统计数据，而且国家规定的医疗统计指标也是从病案信息中获取。医疗统计数据为国家卫生统计部门提供疾病分布、发病率、死亡原因等数据，为研究疾病的防治和监测提供参考。

二、病历书写意义

从病历的作用和价值看出，书写病历是临床实践中一项十分重要的工作。书写完整而规范的病历，是培养临床医务人员临床思维能力的基本方法，是提高临床医务人员业务水平的重要途径。病历书写质量的优劣是考核临床医务人员实际工作能力的客观检验标准之一。

一份病历写得怎样，一看是否"规范"，二看"内涵质量"。它涉及书写者的各个方面，比如：工作态度、责任心、医学专业知识水平、临床实践经验、书面表达能力、文字修养、法律意识、对有关病历书写规章制度的理解程度等。

每一位临床医务人员必须牢记老一辈临床医学家张孝骞教授的教诲："写大病历的阶段至关重要，要通过它形成一种终身不改的习惯，即在诊务繁忙之中也能如条件反射般运用，在诊治患者过程中不遗漏任何要点。这种训练是短暂的，稍纵即逝，一旦落课，就无法再补，切勿等闲视之。"所以，临床医务人员要以高度负责的敬业精神、实事求是的科学态度，认真练好书写病历基本功。

第四节　病历书写原则及基本要求

一、病历书写原则

病历书写原则是指导临床医务人员书写病历的最基本要求，是临床医务人员书写病历过程中必须遵循的一般性规则，也是评价临床医务人员病历质量的基本依据。根据卫生部颁发的《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11 号)和卫生部、国家中医药管理局颁布的《中医病历书写基本规范》(国中医药医政发〔2010〕29 号)第 3 条规定，病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。这

12个字就是病历书写的基本原则。

(一)客观

客观是指患者所患疾病实际存在的、不以人的意志为转移的一切现象,是患者身上所反映出来的表现。从病史上来说,应当尽量根据患者描述的本意书写。从体征来说,应该是医师亲自诊查所感受和检查到的一切阳性和重要的阴性结果,不能是听来的,或者主观臆测,或抄袭他人写的东西。

(二)真实

真实是医务人员询问病史、检查患者后,对患者所陈述的病史、所检查有意义的体征及分析结果等在病历上的体现。对患者陈述的病史、症状和所查到的体征,通过医务人员的分析和综合判断,用医学术语和医学理论表达出来,恰当地对号入座,从而使医务人员书写的病历能够真实地再现患者的疾病发生、发展和演变的全过程。

(三)准确

准确是要求医务人员从患者提供的大量关于疾病陈述语言中找出与本次患病有关的内容,并进行加工和提炼。对于查体,在要求检查技术熟练的同时,力求准确。疾病的诊断力求准确。

(四)及时

及时是指医务人员必须在规定的时间内完成相应病历书写内容。例如,应当在患者入院后24小时内完成入院记录;患者入院后8小时内完成首次病程记录;因抢救急(危)患者而未能及时书写病历时,可以在抢救结束后6小时内据实补记并加以注明。

(五)完整

完整是指医务人员询问病史及查体要详细、全面,病历中的所有资料不得丢失。

(六)规范

规范是指按照法律法规、部门规章、行业标准等要求书写病历。

二、病历书写基本要求

1. 病历书写应按照规定的格式和内容在规定的时限内由符合资质的相应医务人员书写完成。

2. 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油墨的圆珠笔。取消医嘱用红色墨水笔标“取消”字样并签名。

3. 病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

4. 病历书写应规范使用医学术语、文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确。

5. 病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间、修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

6. 上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

7. 病历应当按照规定由相应医务人员签名。实习医务人员、试用期医务人员、进修医师书写的病历，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并用红色墨水签名。

8. 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。一般时间记录年、月、日、时。急诊病历、危重病患者病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达时间等需记录至分钟。

9. 病历中各种记录单眉栏填写齐全(姓名、病历号等)，标注页码，排序正确。每一内容从起始页标注页码，如入院记录第 1、2……页，病程记录第 1、2……页等。

10. 各种辅助检查报告单要按规定填写完整，不得空项。在收到患者的化验单(检验报告)、医学影像检查资料等检查结果后 24 小时内归入病历。

11. 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由

其法定代理人签字;患者因病无法签字时,应当由其授权的人员签字;为抢救患者,在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的,应当将有关情况告知患者近亲属,由患者近亲属签署知情同意书,并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的,由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。



第二章　病历书写要求与格式

第一节　门(急)诊病历要求与格式

门(急)诊病历是反映患者在门(急)诊就诊过程中病情、病情变化及医务人员诊疗活动的重要资料，其主要内容包括：门(急)诊病历首页或门(急)诊手册封面、病历记录、检验报告单、医学影像等辅助资料等。

一、门(急)诊病历书写的基本原则与要求

1. 门(急)诊病历首页或门(急)诊手册封面内容应包括患者姓名、性别、年龄或出生年月、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目，应认真逐项填写完整。

2. 儿科患者及意识障碍、严重创伤和精神病患者就诊，须写明陪伴者姓名及与患者的关系，并写明陪伴者工作单位、住址和联系电话。

3. 急诊患者就诊时应及时记录患者血压、心率、呼吸、体温、意识状态、救治措施及抢救经过。抢救经过要写明抢救开始时间、详细的抢救措施和用药、结束时间及参加抢救人员姓名、职称和职务。对抢救无效而死亡者，应详细记录死亡时间、死亡原因和死亡诊断。对收入观察室的患者，应书写观察病历。

4. 对诊断不明的急危重患者应及时安排相关科室会诊，普通患者就诊 3 次仍诊断不明者应提出门诊会诊或收入院诊治。

5. 法定传染病，应注明疫情报告情况。

6. 门(急)诊病历可用蓝黑墨水或碳素墨水笔书写，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油墨水的圆珠笔，字迹应清晰易认。计算机打印的病历应符合病历保存的要求。

7. 门(急)诊病历应由执业医师书写，实习医师、进修医师、试

用期医师及执业助理医师书写的门(急)诊病历应由具有执业资格的上级医师修改、认可并签名。

二、门(急)诊初诊病历内容

初诊病历应记录就诊时间和科别、主诉、病史、体格检查、诊断及治疗意见和医师签名等。每部分具体要求：

1. 就诊时间和科室：每次患者就诊均应填写就诊日期(年、月、日)和就诊科室。急、危、重症患者就诊时间应写至时、分，计时方式采用 24 小时制。

2. 主诉：患者本次就诊的主要症状(体征)及其持续时间。由于社会保障水平的进步，很多患者可能没有任何症状、体征而以某项实验室检查或影像学检查异常就诊，在这种情况下应具体写明发现该异常的时间。

3. 病史：现病史要重点突出(包括起病时间、主要症状、伴随症状、具有鉴别诊断意义的阴性症状、他院诊治情况及疗效等)。对与本病有关的过去史、个人史及家族史等应根据诊疗需要进行简述或详细描述。如计划给予可能引起过敏反应的药物时，最好能记录患者既往有无应用该类药物或有无该类药物过敏史。

4. 体检：包括一般情况和重要脏器的检查，重点记录阳性体征和有鉴别诊断意义的阴性体征。

5. 实验室检查及其他辅助检查或会诊记录：应列出已完成的检查并重点记录异常的检查结果。检查报告单应按时间顺序以活页或粘贴的方式附录病历后以便查阅。会诊记录：应记录会诊科室及其意见。

6. 诊断：对待查病例应列出可能性较大的诊断，并在疾病诊断名称后加"?"。

7. 治疗处理意见应包括

(1)进一步检查措施或建议。

(2)治疗方法应分行列出，药品应记录药名、剂量、用法、疗程

等。特殊用药要向患者交代可能出现的副作用及出现该副作用后患者可以采取的措施；需要做过敏试验者应注明。

（3）出具的诊断证明书等其他医疗证明情况。

（4）向患者交代的注意事项（生活饮食注意事项、休息方式与期限、预约下次门诊日期、随访要求等）；须向患者或家属交代的病情及有关注意事项应记录在病历上或签署知情同意书。对患者需做手术、特殊检查/治疗时，应征得患者或家属知情同意后在病历上注明意见或填写知情同意书，并签名。

8. 诊治医师应在右下方签全名，签字应清晰易认。需要上级医师审核签名者应在署名左侧画斜线相隔。

三、门（急）诊复诊病历

复诊病历记录内容应当包括就诊时间和科别、主诉及简要病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

1. 主诉及简要病史：对诊断明确的复诊病历可在主诉的位置写“病史同前”，现病史主要记录上次诊疗后的病情变化和治疗反应。与前次症状、体征相同者可用“病史同前”来表述。

2. 体检：重点记录原来阳性体征的变化和新出现的阳性体征。

3. 需要补充的实验室及其他辅助检查结果。

4. 诊断要求与初诊相同。

5. 处理措施与初诊基本相同。对用药或剂量更改应重点注明，对剂量、用法不变的药物或其他处理措施可用“用药同前”或“其他同前”表述。

四、门（急）诊病历的书写格式

1. 门（急）诊病历首页或门（急）诊手册封面格式

患者姓名　　　　性别　　　　出生　　年　月　日

民族　　　　职业　　　　婚姻状况

工作单位或住址

药物过敏史

2. 门(急)诊病历记录书写格式

就诊时间__________　　　科别__________

主诉:

现病史:

既往史:

体格检查:阳性体征、必要的阴性体征

辅助检查结果:

诊断:

诊疗意见:

医师签名:

五、门(急)诊留观病历

1. 对不宜立刻离开医院但又因为各种原因不能住院的患者可暂时留在医院观察室观察,并建立门(急)诊留观病历,经治医师应在门(急)诊留观病历上记录病情观察内容和处理措施,必要时还应口头交班。

2. 如患者在观察期间出现病情变化或医师进行了新的诊疗操作,值班医师均应详细记录在门(急)诊留观病历上。

3. 如患者出现输液反应、药物过敏,经治医师或值班医师应及时处理并详细记录在门(急)诊留观病历上。

4. 如观察期间发现患者需要住院治疗时应联系好相关科室并注明患者去向。

5. 当患者结束观察离开医院时应在门(急)诊病历上写清楚院外治疗措施和注意事项。

6. 留观患者原则上不超过 72 小时。门(急)诊留观病历应由医院按归档病历管理进行保管。

第二节　住院病历与入院记录书写要求与格式

入院记录是指患者入院后,由经治医师通过问诊、查体及已获得的实验室检查及辅助检查资料,并对这些资料归纳分析书写而

成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。由实习医师或试用期住院医师书写的住院病历(俗称大病历)仅供临床教学使用,已不作为住院病历内容。入院记录由具有医师执业资格的值班医师(或床位医师)书写。入院记录(包括再次或多次入院记录)应当于患者入院后 24 小时内完成;24 小时入出院记录应当于患者出院后 24 小时内完成;24 小时内入院死亡记录应当于患者死亡后 24 小时内完成。

一、住院病历(俗称大病历)

(一)住院病历的内容要求

住院病历一般由实习医师或试用期住院医师书写,是对患者病史、体检、诊疗经过、已有的实验室和器械检查等资料综合、归纳、加工而成。目前住院病历已不是正式的医疗文件,仅作为临床教学使用。由于入院记录是住院病历的合理简化,本文以住院病历为例详细说明每一部分书写的格式和要求。

1. 一般项目

患者一般情况包括姓名、性别、年龄(填写实足年龄或出生年、月、日,不可用“儿”或“成”代替,婴幼儿应写月或天)、婚姻状况、出生地(写明省、市、县)、民族、职业(写明具体工作,如钳工、油漆工,而不要笼统地写为干部、工人)、工作单位、住址(农村应记录到村,城镇应记录到街道门牌号码)、入院日期、记录日期(应具体到时、分),病史陈述者(代述者应注明与患者的关系)。

2. 主诉

(1)主诉是促使患者就诊的主要原因,包括引起患者不适的症状(体征)及其性质和持续时间。

(2)主诉既要简明精炼,又要能确切反映患者的发病特点,一般不超过 20 个字,能导出第一诊断。如阵发性右侧腰腹部绞痛 1 小时,如反复尿频、尿急、尿痛 10 年等。

(3)主诉一般应用症状学名词,原则上不用诊断名称或检查结

果代替。但在特殊情况下，如疾病已明确诊断，住院目的是为进行某项特殊治疗（如化疗、放疗）者，可用病名；如确诊急性淋巴细胞性白血病1年，入院行第4个疗程化疗；无症状（或体征）的实验室检查及影像检查异常结果也可作为主诉，如发现血肌酐、尿素氮升高2月；发现空腹血糖升高1月等。

（4）主诉症状多于一项时，应按发生时间先后顺序依次列出，一般不超过3个。例如“发热4天，皮疹1天”。在描述时间时，要尽量明确，避免用“数天”“数小时”等含糊不清的概念。急性起病、短时间内入院时，主诉时限应具体到小时、分钟。

3. 现病史

现病史是住院病历或入院记录中最重要的部分，包括患者本次疾病发生、发展、诊疗等方面的详细情况。现病史应围绕主诉的发生时间和特点进行描述。

（1）现病史书写的主要内容：

①起病情况、主要症状或体征出现的时间：包括发病缓急、有无可能的病因和诱因，起病时间与主诉时间要一致。

②主要症状的特点：包括部位、性质、程度、持续时间，有无其他部位牵涉或放射，以及诱发或加重的因素等。程度的描述应采用客观指标，如描述疼痛的严重程度，常用疼痛时是否出汗、是否伴恶心呕吐、是否影响睡眠等。如：患者1年前在平路行走约500米后出现心前区压榨样疼痛，无其他部位放射，疼痛剧烈时伴出冷汗、恶心，停止行走约5分钟后自发缓解。

③病情发展和演变过程：在患病过程中，主要症状的变化和新症状的出现，症状是持续性还是间歇性发作，是进行性加重还是逐渐好转、缓解，加重或缓解的因素等。

④伴随症状：出现的时间、特点及其演变过程，与主要症状之间的关系。伴随症状与下文的阴性症状常常是疾病鉴别诊断的依据。

⑤有鉴别诊断意义的阴性症状。

⑥诊疗经过：记录何时、何地就诊，做了何种检查、诊断（或考虑）何种疾病、给予了何种治疗（包括药物名称、剂量、疗程）、疗效如何。特殊用药还要注明开始用药的具体时间和累计剂量，如治疗肾病综合征时肾上腺皮质激素或免疫抑制剂的开始时间、环磷酰胺的累计剂量等。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加双引号（“”）以示区别。

⑦一般情况：简要记录患者发病后的饮食、大小便、精神、体力、睡眠及体重变化等，如现病史中已作为主要症状或伴随症状描述，可不再重复。

⑧其他：若存在 2 个以上，又不相关的未愈疾病，现病史可分段叙述。

（2）现病史书写中需注意的事项和技巧：

①为使现病史描述更加紧凑、流畅，现病史中时间的描写要与主诉一致，一般不应用具体的年、月、日、分、时的表示方式。如主诉为“反复尿频、尿急、尿痛 10 年”，现病史应该描述为“10 年前患者在无明显诱因下出现尿频、尿急、尿痛……”，而不描述为“2002 年 8 月患者在无明显诱因下出现尿频、尿急、尿痛……”。如具体的起病时间、用药时间对疾病诊断或下一步治疗很重要，可在括号中注明具体时间，如“2 个月前（2012.05.26）患者开始应用泼尼松 60mg qd 治疗”。

②现病史书写应注意逻辑清晰、层次分明，用尽可能简练的语言反映疾病的发展和演变情况。可先描述主要症状及其特点，再描写伴随症状及其特点、最后描写阴性症状。

③阴性症状不是无关症状，而是对疾病诊断与鉴别诊断具有重要意义的症状。阴性症状的描述可以采用按系统的方式，如：无尿频、尿急、尿痛。无腹痛、腹泻、粘液脓血便；也可采用按鉴别疾病中常见的症状描述，如：无发热、皮疹、关节肿痛。为使语句紧凑、可读性强，一般描写三组，每组描写 3～4 个阴性症状，如：无尿频、尿急、尿痛；无腹痛、腹泻、粘液脓血便；无咽痛、咳嗽、咳黄

脓痰。

④对现病史中同性质的多个检查可采用概括的方式描述，如治疗前患者4次检查均发现空腹血糖升高，不必将每次检查的结果列出，而仅列1次又不足以反映结果的可靠性，可采用“4次空腹血糖检查示8.2～10.3mmol/L”。对病史中反复发生的症状也可采用类似描述，如：2年前患者在饮酒或进食动物内脏、海鲜后出现第一趾指关节红肿热痛，持续约1周后自发缓解。以后上述症状反复发作，每年发作2～3次。

⑤凡与本次疾病直接有关的病史，虽年代久远亦应包括在内。如糖尿病史20年后发现血肌酐、尿素氮升高而考虑为“糖尿病肾病”，现病史则应从发现糖尿病开始叙述。

4. 既往史

(1)既往史是指患者过去的疾病和健康状况，内容包括：

①预防接种及传染病史：对儿科患者及怀疑传染性疾病者需要详细记录。

②药物及其他过敏史。对青霉素、头孢菌素等易导致过敏的药物，即使无过敏史，最好能写清楚以前是否有应用该类药物。

③手术史、外伤史及输血史。对手术、外伤名称描述应具体、规范。

④过去健康状况及疾病的系统回顾。

呼吸系统：有无慢性咳嗽、咳痰、气喘、低热、盗汗、呼吸困难及与肺结核患者密切接触史等。

循环系统：有无心前区疼痛、心悸、胸闷、气急、发绀、下肢水肿及高血压、心脏病病史等。

消化系统：有无腹痛、腹胀、腹泻、反酸、嗳气、呕血、黑便、黄疸、便秘等。

泌尿系统：有无尿频、尿急、尿痛、血尿、腰痛、排尿困难、水肿及下疳、梅毒、淋病等性病史。

造血系统：有无乏力、头晕、皮肤粘膜淤点淤斑、反复鼻衄、牙

龈出血、骨骼疼痛等。

内分泌及代谢系统：有无畏寒、怕热、多汗、食欲异常、口干、多饮、多尿、消瘦、视力障碍、肌肉震颤及性格行为、体重、皮肤、毛发和第二性征改变等。

神经精神系统：有无头痛、晕厥、抽搐、瘫痪、感觉及运动异常、嗜睡、躁狂、昏睡、昏迷、记忆力、注意力、定向力减退及幻视、幻听、性格行为改变等。

肌肉骨骼系统：有无关节肿痛、运动障碍、肢体麻木、痉挛、萎缩及外伤、骨折史等。

(2)书写既往史时应注意：

①与本次疾病无关，且不需治疗的疾病应简要记录在既往史中，如存在需要治疗者，可在现病史后分段记录。如既往疾病与本次疾病或需要鉴别的疾病有一定关系时，则应在既往史中详细记录。如慢性肾衰竭时，则应详细记录同时存在的高血压病或糖尿病的诊治情况。

②对患者提供的诊断、手术名称、过敏药物需加引号("……")。

③手术外伤史应写明什么时间、因何种疾病、在何处做何手术，手术结果如何等。

④食物或药物过敏史应写明过敏原名称、发生时间、程度等。

5. 个人史、婚育史和月经史

(1)出生地、居住地及有无日本血吸虫疫水接触史，有无到过其他地方病或传染病疫区及其接触情况。当诊断考虑地方病或传染病时应详细描述。

(2)生活习惯及嗜好：有无烟、酒、毒品等嗜好，如有，需写明用量和年限。

(3)职业和工作条件：有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史。当诊断考虑职业病时，该项应详细描述。

(4)冶游史：有无婚外性行为，是否患过淋病、梅毒、尖锐湿疣、

下疳等性传播疾病。

(5)婚姻史：结婚年龄、是否近亲结婚、配偶健康状况、性生活情况等，如配偶死亡，应说明死因、时间。当考虑遗传性疾病时，应描述父母是否近亲结婚。

(6)月经生育史：初潮年龄、月经周期、行经天数，末次月经或闭经日期或绝经年龄等(可按如下格式记录)，月经量、颜色，有无血块、痛经、白带等。

生育情况：按足月产数—早产数—流产或人流数—存活数的顺序写明，并注明有无死产、手术产、产褥感染及计划生育措施等。

(7)其他专科病历对个人史有特殊要求的，详见相关章节内容。

6. 家族史

(1)父母、兄弟、姐妹及子女的健康状况，是否患有同样的疾病；如有死亡者，应记录死亡原因及年龄。

(2)家族成员中有无结核、肝炎、性病等传染性疾病患者。

(3)如有遗传性疾病，如血友病、成人常染色体显性遗传性多囊肾等需写明两系三代的患病情况，可画家系图谱表示。对糖尿病、高血压病、恶性肿瘤、结缔组织病等具有复杂遗传背景的多发疾病，特别是与本次发病有关时，应详细描述。如父母均患有高血压病，兄弟姐妹四人中有三人患高血压病，而不是简单写为“有高血压病家族史”。

7. 体格检查

体温___℃　脉搏___次/分　呼吸___次/分　血压___ mmHg

(根据需要还可加上身高___ m　体重___ kg　体重指数___ kg/m^2 等)

(1)一般情况：发育(正常、异常)，营养(良好、中等、不良、肥胖)，神志(清晰、淡漠、嗜睡、昏睡、谵妄、昏迷)，体位(自主、被动、强迫)，面容与表情(安静、忧郁、恐惧、痛苦，急、慢性面容或特殊病容要具体说明)，查体是否合作。

(2)皮肤粘膜：颜色(正常、潮红、苍白、发绀、黄染、色素沉着

等)、温度湿度、弹性,有无水肿、皮疹、淤点淤斑、皮下结节、肿块、肝掌、蜘蛛痣、溃疡和瘢痕等,毛发的生长及分布情况。

(3)浅表淋巴结:全身或局部有无淋巴结肿大(部位、数目、硬度、活动度或与周围组织的粘连情况),相应淋巴结引流区域有无皮肤红肿、压痛、波动、瘘管、瘢痕等。

(4)头部及五官:

头颅:大小、形状,有无肿块、压痛、瘢痕,头发情况(量、色泽、分布,有无秃发等)。

眼:眉毛(脱落、稀疏),睫毛(倒睫),眼睑(水肿、运动、下垂),眼球(凸出、凹陷、运动、斜视、震颤),结膜(充血、水肿、苍白、出血、滤泡),巩膜(黄染),角膜(云翳、白斑、软化、溃疡、瘢痕、反射、色素环),瞳孔(大小、形态、对称或不对称,对光反射或集合反射等)。

耳:有无畸形、分泌物,乳突有无压痛,听力是否正常。

鼻:有无畸形、鼻翼煽动、分泌物、出血、阻塞,有无鼻中隔偏曲或穿孔、鼻窦压痛等。

口腔:气味,有无张口呼吸,唇(畸形、颜色、疱疹、皲裂、溃疡、色素沉着),牙(龋齿、缺齿、义齿、残根,注明位置左右,斑釉牙),牙龈(色泽、肿胀、溃疡、溢脓、出血、铅线),舌(形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、震颤、偏斜),颊粘膜(出疹、出血点、溃疡、色素沉着),咽(色泽、分泌物、反射、悬雍垂位置),扁桃体(大小、充血、分泌物、假膜),喉(发音清晰、嘶哑、喘鸣、失音)等。

(5)颈部:是否对称、强直,有无颈静脉怒张、肝-颈静脉回流征、颈动脉异常搏动,气管位置和甲状腺(大小、硬度、压痛、结节、震颤、血管杂音)是否正常。

(6)胸部:胸廓(是否对称,有无畸形、局部隆起或塌陷、压痛),呼吸(频率、节律、深度),乳房(大小,有无红肿、压痛、肿块、乳头内陷等),胸壁有无静脉显露、皮下气肿等。

肺:

视诊:呼吸运动是否对称,呼吸类型(胸式呼吸还是腹式呼

吸)，有无肋间隙增宽或变窄。

触诊：呼吸活动度、语音震颤(两侧是否对称)，有无胸膜摩擦感、皮下捻发感等。

叩诊：叩诊音(清音、过清音、浊音、实音及其部位)，肺下界及肺下界移动度。

听诊：呼吸音(性质、强弱，有无异常呼吸音及其部位)，有无干性、湿性啰音和胸膜摩擦音，语音传导(增强、减弱、消失)等。

心脏：

视诊：心前区有无隆起，心尖搏动或心脏搏动位置、范围和强度。

触诊：心尖搏动的性质、位置，有无震颤(部位，收缩期还是舒张期)和摩擦感。

叩诊：心脏相对浊音界用左、右第2～5肋间距前正中线的距离(cm)表示。须注明左锁骨中线距前正中线的距离(cm)，见下表。

右(cm)	肋间	左(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

左锁骨中线至前正中线的距离________cm

听诊：心率、心律、心音强弱，主动脉瓣第二音(A_2)和肺动脉瓣第二音(P_2)强度对比，有无心音分裂、额外心音、杂音(部位、性质、出现时期、强度、传导方向及与运动、体位、呼吸的关系)及心包摩擦音。收缩期杂音强度采用6级分法，如描述3级收缩期杂音，应写为“3/6级收缩期杂音”；舒张期杂音分为轻、中、重三度。

桡动脉：脉搏频率、节律(是否规则，有无脉搏短绌)，有无奇脉、交替脉等，搏动强度、动脉壁弹性、紧张度等。

周围血管征：有无毛细血管搏动、大动脉(颈动脉、锁骨下动

脉、股动脉)枪击音、杂音及 Duroziez 双重杂音。

(7)腹部:腹围(腹水或腹部包块等情况下测量)。

视诊:形状(平坦、隆起、凹陷,是否对称),有无皮疹、条纹、瘢痕、色素沉着及腹壁静脉显露(记录血流方向),有无胃肠型、蠕动波、疝或局部隆起,体毛分布特征等。

触诊:腹壁紧张度,有无压痛、反跳痛、液波震颤、肿块(部位、大小、形状、硬度、压痛、活动度、表面情况、有无搏动)。

肝脏:大小(右叶以右锁骨中线肋下缘、左叶以前正中线剑突下至肝下缘距离,用 cm 表示)、质地(Ⅰ度—软;Ⅱ度—韧;Ⅲ度—硬),表面光滑度,有无结节、压痛和搏动等。

胆囊:大小、形态,有无压痛、Murphy 征。

脾脏:大小、质地、表面、边缘、移动度,有无压痛、摩擦感,脾脏明显增大时以三线测量法表示(图 1)。

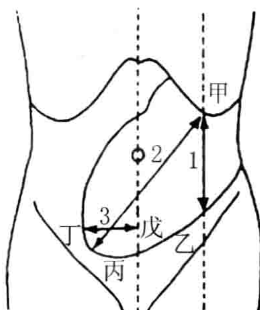


图 1　脾肿大测量法

"1"线:左锁骨中线与左肋弓缘交点至脾下缘的距离,即甲乙线。

"2"线:左锁骨中线与左肋弓交点到最远脾尖之间的距离,即甲丙线。

"3"线:正中线至脾右缘的最大距离,即丁戊线,超过正中线以"+"表示,未超过正中线以"-"表示。

肾脏:大小、形状、硬度、移动度,表面有无囊性包块、触痛,肾脏及输尿管点有无压痛。

膀胱:有无充盈、压痛。

叩诊:肝上界在第几肋间,肝浊音界(正常、缩小、消失),肝、肾有无叩击痛,有无移动性浊音、高度鼓音等。

听诊:肠鸣音(正常、减弱、消失、金属音),有无振水音和血管杂音。

(8)肛门、直肠:根据病情决定是否检查。有无痔疮、肛裂、脱肛、肛瘘;直肠指诊(括约肌紧张度,有无狭窄、肿块、触痛、指套染血;前列腺大小、硬度,有无结节及压痛。

(9)外生殖器:根据病情需要做相应检查。

男性:包皮、阴囊、睾丸、附睾、精索情况,有无发育畸形、溃、鞘膜积液。

女性:参见妇科检查。男医师检查时必须有女医护人员在场,必要时请妇科医师检查。

(10)脊柱、四肢:脊柱活动度,有无畸形(前凸、后凸、侧凸)、叩击痛,椎体及椎旁间隙有无压痛;四肢有无骨折、畸形、杵状指(趾)、静脉曲张及关节红肿、疼痛、积液、脱臼、强直,有无水肿、肢体瘫痪,有无肌力、肌张力变化及肌肉萎缩等。

(11)神经反射

生理反射:浅反射(角膜反射、腹壁反射、提睾反射),深反射(肱二头肌、肱三头肌及膝腱、跟腱反射)。

病理反射:巴宾斯基征、奥本海默征、戈登征、查多克征、霍夫曼征。

脑膜刺激征:有无颈项强直、克尼格征、布鲁金斯基征。

(12)专科情况:外科、耳鼻喉科、眼科、妇产科、口腔科、介入放射科、烧伤科和神经、精神科等专科需写专科情况,主要记录与本专业有关的体征,前面体格检查中的相应项目不必重复书写。

8. 实验室及器械检查

记录与诊断相关的门诊和其他医院实验室和器械检查的结果,并注明检查医院及日期(入院 24 小时以后的检查不包括在

内)。根据病情需要,检查日期可具体到年月、年月日,甚至到时、分。同一检查日期的不同检查结果,习惯上按三大常规、生化检查、特殊化验检查、辅助检查的顺序书写。

9. 病历摘要

将病史、体格检查、实验室检查及器械检查中对诊断、鉴别诊断有重要意义的资料摘要综述,以一定的逻辑顺序简明、扼要提示诊断和鉴别诊断的依据,一般不超过300字。

10. 诊断

(1)诊断名称应确切规范、分清主次。诊断应尽可能包括病因诊断、病理诊断、解剖及功能诊断、疾病分型分期等。主要诊断在前,次要诊断在后,并发疾病以退两格的形式列于引起该并发疾病的主病之后。如一时难以明确诊断,可按可能性大小列出两个或多个疾病;如以症状、体征、临床综合征或实验室检查、器械检查的异常为主题的"待诊"或"待查",可以退两格的形式列出可能性较大的疾病作为参考。

(2)初步诊断:入院时的诊断一律写初步诊断,写在入院病历末页中线右侧,签署书写者姓名和日期。

(3)入院诊断:患者入院后,主治及以上医师第一次查房所确定的诊断为"入院诊断",必须在入院48小时内完成,由查房医师在入院记录"初步诊断"的下面中线左侧书写入院诊断并签名,注明日期、时间。

(4)修正诊断(包含入院时遗漏的补充诊断):凡以症状、体征等待诊的诊断以及初步诊断、入院诊断不完善或不符合的,上级医师应用红笔做出修正诊断,记录于入院记录第2页"入院诊断"下方,并签署修改者姓名、日期,同时在病程记录中有记录。

(5)诊断名称原则上应用中文全名,无中文正式译名时可使用外文。

二、入院记录

(一)入院记录的书写要求

入院记录一般由本单位认定的具有执业资格的医师书写,是

住院病历的简要形式，应简明扼要、重点突出。其主诉、现病史与住院病历相同，其他病史（如既往史、个人史、月经生育史、家族史）和体格检查可以简明记录，但与诊断、鉴别诊断有关的内容不应简略。目前国内大多数医院采用表格式的电子病历，与住院病历相比，仅仅免去系统回顾和病史摘要。

（二）入院记录书写格式

____________医院

入 院 记 录

姓名：　　　科别：　　　床号：　　　住院号：　　　病区：

姓名：　　　职业：

性别：　　　工作单位：

年龄：　　　住址：

婚姻：　　　供史者：　　　可靠程度：

出生地：　　　入院时间：　年　月　日　时　分

民族：　　　记录时间：　年　月　日　时　分

病　　史

主诉：

现病史：

既往史：

个人史：

月经及婚育史：

家族史：

体 格 检 查

体温（T）、脉搏（P）、心率（R）、血压（BP）、体重（W），（根据专科需要酌情记录身高等）。

一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管）、腹部（肝、脾等），直肠肛门（必要时检查），外生殖器（必要时检查），脊柱，四肢，神经系统等。

专科检查：

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果、检查号)。

初步诊断:
医师签名:
年 月 日 时 分

入院诊断:
医师签名:
年 月 日 时 分

三、再次入院记录(再入院录)

(一)内容要求

1. 患者因旧病复发或治疗需要再次住院时,由住院医师书写“第________次入院录”。

2. 再次入院病历中的一般项目、主诉、现病史同入院病历,必须将过去病历摘要及上次出院后至本次入院前的病情及治疗经过,详细记入现病史中,重点描述本次发病情况,体格检查项目要求与第一次入院病历和入院记录相同。

3. 既往史、个人史、家族史可以从略,只补充新的情况,但需要注明“参阅前病历”及前病历的住院号。

4. 如因新发疾病再次住院,则需按入院病史或入院记录要求书写,并将过去的住院诊断按疾病性质分别列入既往史或系统回顾之中。

(二)格式

______________医院

第________次入院记录

姓名：　　　　科别：　　　　床号：　　　　住院号：　　　　病区：

姓名：	职业：					
性别：	工作单位：					
年龄：	住址：					
婚姻：	供史者：			可靠程度：		
出生地：	入院时间：	年	月	日	时	分
民族：	记录时间：	年	月	日	时	分

病　　史

主诉：

现病史：

既往史：

个人史：

月经及婚育史：

家族史：

体格检查：

专科检查：

辅助检查：　　　　　　　　　　　　　　初步诊断：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医师签名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日　时　分

四、24 小时内入出院记录

(一)24 小时入出院记录内容要求

1. 住院不足 24 小时出院的患者，可以书写 24 小时内入出院记录。

2. 在患者出院后 24 小时内完成，执业医师书写。

3. 内容包括：患者姓名、性别、年龄、婚姻、出生地、民族、职业、

工作单位、住址、病史陈述者、入院时间、记录时间、主诉、入院情况(简要病史和体检)、入院诊断、诊治经过、出院时间、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名等。如在患者出院前已完成入院病史、入院记录、首次病程记录的书写,则按照一般住院患者的病历书写格式记录。

4. 患者入院超过8小时出院者,需在患者入院8小时内完成首次病程记录。

(二)24小时内入出院记录格式

____________医院

24小时内入出院记录

姓　名：　　　　科别：　　　　床号：

住院号：　　　　病区：

姓名：　　　　职业：

性别：　　　　工作单位：

年龄：　　　　住址：

婚姻：　　　　供史者：

出生地：　　　　入院时间：　年　月　日　时　分

民族：　　　　记录时间：　年　月　日　时　分

主诉：

入院情况(简要病史和体检)：

入院诊断：

诊疗经过：

出院时间：

出院情况：

出院诊断：

出院医嘱：

医师签名：

年　月　日　时　分

五、24小时内入院死亡记录

入院不足24小时死亡的患者,书写24小时内入院死亡记录。

（一）24 小时内入院死亡记录内容要求

内容：姓名、性别、年龄、婚姻、出生地、民族、职业、工作单位、住址、病史陈述者、入院时间、记录时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过（或抢救经过）、死亡时间（具体到时、分）、死亡原因、死亡诊断、医师签名等。

（二）24 小时内入院死亡记录格式

__________医院

24 小时内入院死亡记录

姓名：　　科别：　　床号：　　住院号：　　病区：

姓名：　　职业：
性别：　　工作单位：
年龄：　　住址：
婚姻：　　供史者：　　可靠程度：
出生地：　　入院时间：　年　月　日　时　分
民族：　　记录时间：　年　月　日　时　分

主诉：
入院情况：
入院诊断：
诊疗经过（或抢救经过）：
死亡时间（具体到时、分）：
死亡原因：
死亡诊断：

医师签名：
年　月　日　时　分

第三章　各种记录书写要求与格式

第一节　各种记录书写、修改的基本要求

各种诊疗记录是医务人员通过问诊、查体、实验室及器械检查、诊断、治疗以及告知等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理，形成的医疗工作记录。

各种诊疗记录应遵循以下基本原则和要求：

1. 各项记录应注明年、月、日，急诊、抢救等记录应注明至分钟。

2. 书写各种记录开始皆应顶格书写，书写结束时应在下一行的右下角签全名，字迹应清晰易认。

3. 书写内容应客观、真实、准确、及时、完整，重点突出、层次分明；表述准确、语句简练、通顺；书写工整、清楚；标点符号正确；书写不超过格线。在书写过程中，若出现错字、错句，应在错字、错句上用双横线标示，不得采用刀刮、胶粘、涂黑、剪贴等方法抹去原来的字迹。

4. 实习医师、进修医师、试用期医师及执业助理医师书写的各项记录，应由在本医疗机构合法执业的执业医师审阅、修改并签名。修改签名一律用红墨水笔，审查修改应保持原记录清晰可辨，并在签名的右下角注明修改时间。修改应在72小时内完成。

5. 因抢救危重患者未能及时书写的各种记录，应在抢救结束后6小时内据实补记，并注明抢救完成时间及补记时间。

6. 经治医师、值班医师是指具有执业医师资格的各级医师。

第二节　病 程 记 录

病程记录是指继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进

行的连续性记录。内容包括患者病情变化、重要的辅助检查及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者或其近亲属告知的重要事项等。

一、首次病程记录书写要求及格式

(一)首次病程记录书写要求

1. 首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第 1 次病程记录。

2. 书写首次病程记录应在患者入院后 8 小时内完成,急诊、抢救患者应在治疗、抢救结束后 6 小时内据实补记,并注明抢救完成时间及补记时间。

3. 首次病程记录需另页书写,书写时首先注明书写记录日期和时间,同行居中位置标明“首次病程记录”。

4. 首次病程记录包括以下内容:

(1)病例特点:应在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征,包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

(2)拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断):根据病例特点,提出初步诊断,写出对诊断的分析思考过程,阐述诊断依据。对诊断不明的需写出鉴别疾病名称和鉴别诊断的依据,并进行分析;必要时对治疗中的难点进行分析讨论。

(3)诊疗计划:对病情初步评估,提出具体的检查及治疗措施。

5. 首次病程记录应高度概括,突出重点,不能简单重复入院记录内容。抓住要点,有分析、有见解,充分反映经治医师临床思维活动的情况。

(二)首次病程记录书写格式

年　月　日　时　分　　　**首次病程记录**

病例特点:

拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断):

诊疗计划：

医师签名：

二、日常病程记录

(一)日常病程记录内容要求

1. 日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。

2. 由经治医师书写，也可以由实习医师、进修医师、试用期医师及执业助理医师书写，但必须有上级医师及时做必要的修改、补充并签名。

3. 书写时，首先标明记录日期和时间，另起1行记录具体内容。

4. 对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少1次，记录时间应具体到分钟。对病重患者，至少2天记录1次病程记录。对病情稳定的患者，至少3天记录1次病程记录。会诊当天、输血当天、出院前1天或当天应有病程记录。

5. 日常病程记录内容：

(1)包括患者自觉症状、情绪、心理状态，饮食、睡眠、大小便等情况。

(2)病情变化，症状、体征的变化，分析发生变化的原因。

(3)对原诊断的修改或新诊断的确定，记录其诊断依据。

(4)重要的辅助检查结果及临床意义。

(5)采取的诊疗措施及效果，诊治工作的进展情况。

(6)记录各种诊疗操作的详细过程，详见第九节。

(7)记录使用抗生素的指征、种类及用量。

(8)重要医嘱的更改及其理由，更改医嘱的医师姓名及职称。

(9)输血或使用血液制品情况，包括输血指征、输血种类、输血量、有无输血反应等。

(10)医师查房意见、会诊意见及执行情况等。

(11)向患者及其近亲属告知的重要事项等,需要时可请患方签字。

6. 病程记录应根据每一病例的不同特点写出各自特有的临床表现、观察要点、诊疗计划及效果。应重点突出,简明扼要;有分析,有判断;病情有预见,诊疗有计划。电子病历避免复制粘贴,重复记录相同内容。

(二)日常病程记录书写格式

年　月　日　时　分

日常病程记录内容:

医师签名:

第三节　上级医师查房记录

一、上级医师查房记录书写要求

上级医师查房记录是指上级医师在查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见的记录,应在查房后及时完成。

上级医师查房记录应遵循以下基本原则和要求:

1. 书写上级医师查房记录时,应在记录日期和时间后注明哪一级医师查房。电子病历直接注明并打印。

2. 主治医师首次查房记录应于患者入院 48 小时内完成,内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病史和体征的补充、诊断依据、鉴别诊断的分析和诊疗计划等。主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定,内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

3. 科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格医师查房的记录内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。对疑难、危重抢救病例,科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格医师应加强查房。

4. 下级医师应如实记录上级医师的查房情况,尽量避免书写

上级医师“同意目前诊断、治疗，继观病情”等无实质性内容的记录。上级医师的查房记录必须由查房医师本人审阅签名。

二、上级医师查房记录书写格式

年 月 日 时 分 随______主任/副主任/主治医师查房

上级医师查房内容记录：

医师签名：查房医师/记录医师

第四节 抢 救 记 录

一、抢救记录书写要求

1. 当患者病情危重或出现紧急险情时，经治或值班医师应千方百计、分秒必争投入抢救工作。抢救危重患者应报告上级医师。抢救现场由上级医师或年资较高的医师负责组织及指挥工作。

2. 抢救记录是指患者病情危重采取抢救措施时医师书写的记录。

3. 抢救记录不另列专页，紧接病程记录书写。抢救记录标题居中，左边注明年、月、日、时、分。

4. 抢救记录的内容：

(1)出现险情的确切时间及主要征象、简要症状体征、重点体检、急诊检验及特殊检查结果。

(2)抢救时生命体征变化。

(3)详记抢救过程，包括抢救时间及措施、会诊意见、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职务等。

(4)记录抢救结果及终止抢救的理由。若抢救成功应记录准备进一步采取的措施及医疗护理应注意的问题；若抢救失败应准确记录患者的死亡时间(年、月、日、时、分)，并记录确定患者死亡的依据(如呼吸、心跳停止，心电图直线)。家属对抢救措施的意愿，如“同意停止抢救”或有特殊尸体护理要求等，注明家属的姓名及与患者的关系并请患方签字。

(5)因抢救危重患者而未能及时书写的各种记录，应在抢救结束后6小时内据实补记，并注明抢救完成时间及补记时间，书写应具体到分钟。

(6)抢救无效患者死亡的，其最后一次抢救记录用红墨水笔书写。电子病历可直接打印。

(7)抢救记录由经治医师书写，上级医师可以根据情况补充、修改、审签。

二、抢救记录书写格式

年　月　日　时　分　　**抢救记录**

抢救过程记录：

医师签名：

第五节　阶段小结记录

一、阶段小结记录书写要求

1. 阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每个月所做的病情及诊疗情况总结。

2. 阶段小结紧接病程记录，不另立专页，在横行居中位置标明"阶段小结"。

3. 阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊治经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

二、阶段小结记录书写格式

年　月　日　时　　**阶段小结**

入院日期：　　　　小结日期：

入院情况：

入院诊断：

目前诊断：

诊疗经过：

目前情况：

诊疗计划：

医师签名：

第六节　交(接)班记录

一、交(接)班记录书写要求

1. 交(接)班记录是指患者的经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者的病情及诊疗情况进行简要总结的记录。

2. 交班记录紧接病程记录书写，接班记录紧接交班记录书写，但需在横行中位置标明“交班记录”或“接班记录”字样。

3. 交班记录应当在交班前由交班医师书写完成，内容包括入院日期、交班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过，目前情况、目前诊断、交班注意事项、医师签名等。交班记录应简明扼要地记录患者的主要病情及诊疗经过，以供接班医师了解情况，便于诊疗工作的连续进行。

4. 接班记录应当由接班医师于接班后24小时内完成，内容包括入院日期、接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过，目前情况、目前诊断、接班诊疗计划、医师签名等。接班记录在复习病史和有关资料的基础上，重点询问相关病史和体格检查，着重书写病情变化及后续的诊断、治疗的具体计划和注意事项，内容力求简明扼要，避免过多重复。

二、交(接)班记录书写格式

(一)交班记录书写格式

年　月　日　时　分　　　**交班记录**

入院时间：

入院情况：

入院诊断：

目前诊断：

诊疗经过：

交班注意事项：

医师签名：

（二）接班记录书写格式

年　月　日　时　分　　　**接班记录**

入院时间：

入院情况：

入院诊断：

目前诊断：

诊疗经过：

目前情况：

接班诊疗计划：

医师签名：

第七节　转科记录

一、转科记录书写要求

1. 转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录，包括转出记录和转入记录。

2. 转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成。

3. 转科记录不需另页书写，仅需在横行居中位置标明“转出记录”或“转入记录”字样。

4. 转科记录内容包括患者姓名、性别、年龄、入院日期、转出（入）日期、入院诊断、目前诊断、主诉、入院情况、诊疗经过、目前情况、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

5. 转出记录应特别注意交代清楚患者当前的病情和治疗及转科时需注意事项。患者转科后尚需继续进行的本科治疗项目也应

详细交代，以防止转科之际发生病情突变或治疗脱节。

6. 转入记录须扼要记录患者转科原因，转科前及转科后的病情，并将重点放在转入所属专科的病史和体检上，对患者目前病情做出评估并制订出转入后的具体诊疗计划。

7. 转出（入）记录须主治医师或以上人员审签或书写。

8. 转入科如修正原诊断或增加新诊断，无须在住院病历或入院记录上修改，只在转入记录、出院（死亡）记录、病案首页上书写即可。

二、转科记录书写格式

（一）转出记录书写格式

年　月　日　时　分　　　　**转科记录**

入院日期：　　　　　　　　　　　　转科日期：

入院诊断：　　　　　　　　　　　　转科诊断：

入院情况：

诊疗经过：

目前情况：

转科目的及注意事项：

医师签名：

（二）转入记录的书写格式

年　月　日　时　分　　　　**入科记录**

入院日期：　　　　　　　　　　　　转入日期：

入院诊断：　　　　　　　　　　　　入科诊断：

入院及目前情况：

诊疗经过：

转入诊疗计划：

医师签名：

第八节　输血记录

一、输血记录书写要求

1. 输血前必须做输血前常规检查。

2. 在输血治疗前，经治医师应当向患者或者其近亲属说明输血目的、方式和风险，并签署临床输血/血液制品治疗知情同意书。因抢救生命垂危的患者需要紧急输血，且不能取得或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准后，可以立即实施输血治疗。

3. 经治医师应及时完成"输血记录"，紧接病程记录中书写，不需另页书写，应在记录时间同行后居中位置用红色墨水笔标明"输血记录"。电子病历可直接打印。

4. 输血记录内容包括：患者输血目的，输血适应证评估，血液品种、数量，输血过程中患者有无不良反应，输血后疗效评价情况等，医师签名。

二、输血记录书写格式

年　月　日　时　分　　**输血记录**

输血记录内容：

医师签名：

第九节　有创诊疗操作记录

一、有创诊疗操作记录书写要求

1. 有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作，包括介入治疗、临床常用诊疗技术（如胸腔穿刺、腹腔穿刺、骨髓穿刺）等的记录。

2. 有创操作诊疗记录不需另页书写。首先注明书写记录日期和时间，同行居中位置用红色墨水笔标明有创诊疗操作项目名称。电子病历直接输入并打印。

3. 有创诊疗操作记录由操作医师在操作完成后即刻书写并签名。

4. 有创诊疗操作记录内容包括操作名称、时间、步骤、结果及患者一般情况,记录过程是否顺利、有无不良反应、术后注意事项。

二、有创诊疗操作记录书写格式

年 月 日 时 分 **操作记录**

操作记录内容:

操作医师签名:

第十节 会诊申请及会诊记录

一、会诊申请及会诊记录书写要求

1. 会诊记录是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时,分别由申请医师和会诊医师书写的记录。

2. 会诊申请书写内容包括申请会诊时间、受邀会诊科室或医师、简要病史、体征、重要实验室和器械检查资料、拟诊疾病、申请会诊的理由和目的、申请医师签名。

3. 会诊申请由经治医师书写,住院总或主治医师审签。院外会诊需经科主任审签报医务科(处)审批。

4. 会诊分为常规会诊和急会诊,填写会诊申请时注明会诊类型,如紧急抢救应电话通知,会诊结束后即刻据实补记会诊单及会诊记录。

5. 常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后48小时内完成,急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后10分钟内到场,并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊医师暂不能决定的问题,应及时请示本科上级医师或带回科室讨论。

6. 会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。

7. 申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

8. 单科或单人的会诊记录由会诊医师将会诊意见直接书写在

会诊单上。多科会诊的讨论意见，由申请会诊科室指定专人记录并及时整理记录在病程记录和科室病例讨论记录本中。

9. 如需请院外专家会诊，必须由所在科室申请，科主任签字，同时征得患者亲属同意，向医院主管部门书面申请，经审批后方可执行。院外专家会诊申请单存根联由主管部门保存，审批单入病历中保存。会诊结束后及时将会诊意见记录在病程记录中。

二、会诊记录书写格式

（一）院内会诊记录单书写格式

____________医院

会诊记录单

姓名	性别	年龄	床号	住院号
申请会诊科室____________ 被邀请会诊科室____________ 申请会诊时间____年____月____日____时____分				
会诊类型：□常规会诊 □急会诊				
患者简要病史及会诊目的： 入院诊断： 申请医师：				
会诊意见： 被邀请会诊科室____________会诊医师________ 会诊时间____年____月____日____时____分				

(二)院外会诊申请单书写格式

编号：

____________医院

院外专家会诊申请单(存根联)

姓名________ 性别______ 年龄______ 入院日期______

科室________ 病区______ 床号______ 住院号________

入院诊断：

我自愿申请院外专家来院对□我/□患者进行会诊。

1. 申请院外专家会诊原因：

(1)进一步明确诊断；

(2)来院指导、协助治疗、手术。

2. 申请专家：

来自________医院，姓名________，职称________，来院时间________。

3. 我愿意承担外请专家来院会诊差旅费、市内交通费、劳务费及其他相关费用。

4. 我已被告知：院外专家会诊的效果不能确定，在此免除经规范诊疗操作后未能达到预期效果的医院和会诊专家的责任。

申请人签字： 科室意见：

医院主管医疗部门负责人审批意见：

时间： 年 月 日 时 分

编号：

______医院

院外专家会诊申请单

姓名______ 性别______ 年龄______ 入院日期______

科室______ 病区______ 床号______ 住院号______

入院诊断：

我自愿申请院外专家来院对□我/□患者进行会诊。

1. 申请院外专家会诊原因：

□(1)进一步明确诊断；

□(2)来院指导、协助治疗、手术。

申请专家：

来自______医院，姓名______，职称______，来院时间______。

2. 我愿意承担外请专家来院会诊差旅费、市内交通费、劳务费及其他相关费用。

3. 我已被告知：院外专家会诊的效果不能确定，在此免除经规范诊疗操作后未能达到预期效果的医院和会诊专家的责任。

申请人签字：

(患者家属请附有效证件材料)

时间： 年 月 日 时 分

科室意见：

主治医师：

科主任：

时间： 年 月 日 时 分

医院主管医疗部门意见：

医院主管医疗部门负责人签名(医务部门公章)：

第十一节 病例讨论记录

病例讨论记录包括疑难危重病例讨论记录、术前病例讨论记

录、死亡病例讨论记录。

一、疑难危重病例讨论记录书写要求及格式

(一)疑难危重病例讨论记录书写要求

1. 疑难危重病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持、召集有关医务人员对诊疗困难或病情危重的病例进行讨论的记录。

2. 记录内容包括讨论日期、主持人、记录人及参加人员姓名及专业技术职务、病情简介、具体讨论意见及主持人小结意见等。

3. 疑难病例讨论记录另立专页，详细记录讨论内容。

4. 记录者签名，主持人修改、补充并审签。

(二)疑难危重病例讨论记录书写格式

__________医院

疑难危重病例讨论记录

姓　　名		性别		年龄		科室		病区		住院号	
诊　　断											
讨论时间						讨论地点					
主 持 人						记录医师					
参加讨论人员姓名及职称：											
病情简介：											
具体讨论意见：											
主持人小结意见：											
								记录医师签名：			

二、术前病例讨论记录书写要求及格式

（一）术前病例讨论记录书写要求

1. 一般手术患者手术前在上级医师主持下进行术前病例讨论。

2. 对患者病情较重、手术难度较大及新手术、致残手术，手术前由科主任或副高级医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。

3. 重大手术、有纠纷隐患的手术，严重致残手术的讨论必要时可请有关领导（医务科负责人或业务院长）参加，讨论结果由科室负责人签署意见后报医务科（处）研究审批。急诊抢救时，可先口头报告，抢救结束后及时补办手续。

4. 记录内容包括一般项目（讨论时间、地点、主持人、记录人及参加人员姓名及专业技术职务）、术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施，具体讨论意见及主持人小结性意见，记录者签名等。

5. 术前讨论记录另立专页，详细记录讨论内容。

6. 记录者签名。主持人应对术前讨论记录审阅、修改并签名。

7. 术前讨论记录应于手术前 72 小时内完成，参加手术的医师（术者、助手）必须参加术前讨论。

（二）术前病例讨论书写格式

＿＿＿＿＿＿＿医院

术前讨论记录

姓名		性别		年龄		科室		病区		床号	
讨论日期		地点			主持人				住院号		
参加讨论人员姓名、职称：											
病史要点：											

全身情况及重要体征：

特殊检查：

术前诊断：

手术适应证(手术指征)：

拟施手术名称及方案(包括预可能改变的术式及手术范围)：

麻醉方式：

特殊器械准备：

具体讨论意见(须注明发言者的姓名、职称、术中及术后可能发生的意外、并发症及其预防措施等)：

主持人小结意见：

记录医师签名：

（三）特殊、重、大手术申请报告格式

__________医院

特殊、重、大手术申请报告（存根联）

编号：

科别______ 病区______ 床号______ 住院号______

姓名______ 性别______ 年龄______ 职业________ 住址______

入院诊断：

拟施手术：

拟施手术时间： 家属签字：

科室意见：

手术者：

审批意见及签字： 年 月 日

__________医院

特殊、重、大手术申请报告

编号：

__________科：

________病区________床病院________住院号__________

诊断____

科室讨论意见及拟施手术：________________________

____

科主任签字：__________________________________

患者（或）家属意见及签字：________________________

____

____

定于______年______月______日______时，

施行____

医疗行政部门意见：______________________________

____

医院（签章）

年 月 日

三、死亡病例讨论记录

（一）死亡病例讨论记录书写要求

1. 死亡病历讨论记录是指在患者死亡一周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。

2. 记录内容包括患者姓名、性别、年龄、科室、病区、住院号、最后诊断、讨论日期、地点、主持人、记录人及参加人员姓名及专业技术职务、病情简介、具体讨论意见及主持人小结性意见。

3. 死亡病例讨论记录另立专页详细记录讨论内容。记录每一位发言人的具体讨论内容时，重点记录诊断意见、死亡原因分析、抢救措施意见、注意事项及本病国内外治疗进展等。

4. 记录者签名，主持人修改、补充并审签。

5. 每一死亡病例均要求有死亡病例讨论记录，根据病情可简可繁，包括患者入院后24小时内死亡的病例。

（二）死亡病例讨论记录书写格式

______________医院

死亡病例讨论记录

<table>
<tr><td>姓　　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>科室</td><td></td><td>病区</td><td></td><td>住院号</td><td></td></tr>
<tr><td>最后诊断</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td>讨论时间</td><td colspan="6"></td><td colspan="2">讨论地点</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>主 持 人</td><td colspan="6"></td><td colspan="2">记录医师</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

参加讨论人员姓名及职称：

____

____

病情简介：

____

____

具体讨论意见：

主持人小结意见：

记录医师签名：

第十二节　术前小结记录

一、术前小结记录书写要求

1. 术前小结是指患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结性记录。

2. 经治医师应及时完成"术前小结"，紧接病程记录中书写，不需另页书写，应在记录时间同行后居中位置用红色墨水笔标明"术前小结"。电子病历可直接打印。

3. 术前小结内容包括：简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉的方式、注意事项，并记录手术者术前查看患者相关情况等。

书写时应注意：

(1)简要病情应简要记录病史、阳性体征及阴性体征、有意义的辅助检查结果等。

(2)手术指征应列出手术理由，不能简单地将病名作为手术指征。

(3)术前准备情况：如常规化验检查和特殊检查结果、血型及备血数量、过敏试验、术前用药及术中或术毕所需要应用的特殊物品，是否签订手术知情同意书等。

(4)术中注意：依照手术中解剖部位的不同而注意手术操作中可能出现的副损伤。肿瘤外科除了要遵循一般外科手术原则外，尚需有严格的无瘤观念，避免肿瘤扩散。

(5)术后处理:主要书写术后可能出现的并发症和处理办法。

4. 择期手术必须有术前小结,急危入院手术的患者可免写术前小结,但术前小结的相关内容应记录在首次病程录中。

5. 术前小结必须由经治医师书写,一般应在术前24小时内完成。

二、术前小结书写格式

年 月 日 时 分 **术前小结**

简要病情:

术前诊断:

手术指征:

拟施手术名称和方式:

拟施麻醉方式:

注意事项:

手术者术前查看患者相关情况:

医师签名:

第十三节 手术安全核查记录

一、手术安全核查记录内容要求

1. 手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和手术室巡回护士三方,分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前,共同对患者身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录。输血的患者还应对血型、用血量进行核对。手术安全核查由手术医师、麻醉医师和手术室巡回护士三方共同执行并逐项填写“手术安全核查表”。

2. 术中用药、输血由麻醉医师或手术医师根据情况下医嘱并做好相应记录,由手术室巡回护士与麻醉医师共同检查并签字。

3. 手术安全核查必须依次进行,每一步检查无误后方可进行下一步操作。由手术医师、麻醉医师和手术室巡回护士三方核对,并分别在“手术安全核查表”上签名。

二、手术安全核查记录格式

＿＿＿＿＿＿医院

手术安全核查表

科　别＿＿＿＿＿　　姓　　名＿＿＿＿＿　　性别＿＿＿＿　　年龄＿＿＿＿

病案号＿＿＿＿＿　　麻醉方式＿＿＿＿＿　　手术方式＿＿＿＿＿＿＿＿

术　者＿＿＿＿＿　　　　　　　　　　　　手术日期＿＿＿＿＿＿＿＿

麻醉实施前	手术开始前	患者离开手术室前
患者姓名、性别、年龄正确：	患者姓名、性别、年龄正确：	患者姓名、性别、年龄正确：
是□　否□	是□　否□	是□　否□
手术方式确认：　是□　否□	手术方式确认：　是□　否□	实际手术方式确认：
手术部位与标识正确：	手术部位与标识确认：	是□　否□
是□　否□	是□　否□	手术用药、输血的核查
手术知情同意：　是□　否□	**手术、麻醉风险预警：**	是□　否□
麻醉知情同意：　是□　否□	手术医师陈述：	手术用物清点正确：
麻醉方式确认：　是□　否□	预计手术时间□	是□　否□
麻醉设备安全检查完成：	预计失血量□	手术标本确认：　是□　否□
是□　否□	手术关注点□	皮肤是否完整：　是□　否□
皮肤是否完整：　是□　否□	其他□	**各种管路：**
术野皮肤准备正确：	麻醉医师陈述：	中心静脉通路□
是□　否□	麻醉关注点□	动脉通路□
静脉通道建立完成：	其他□	气管插管□
是□　否□	手术护士陈述：	伤口引流□
患者是否有过敏史：	物品灭菌合格□	胃管□
是□　否□	仪器设备□	尿管□
抗菌药物皮试结果：	术前术中特殊用药情况□	其他＿＿＿＿□
有□　无□	其他□	**患者去向：**
术前备血：　有□　无□	是否需要相关影像资料：	恢复室□
假体□/体内植入物□/影像学资料□	是□否□	病房□
		ICU 病房□
		急诊□
		离院□
其他＿＿＿＿＿＿	其他＿＿＿＿＿＿	其他＿＿＿＿＿＿

手术医师签名＿＿＿＿＿＿＿＿　　麻醉医师签名＿＿＿＿＿＿＿＿

手术室护士签名＿＿＿＿＿＿＿

第十四节　手术风险评估记录

一、手术风险评估记录内容要求

1. 手术风险评估标准依据手术切口清洁程度、麻醉分级、手术持续时间三个变量进行计算。手术风险分级标准(NNIS)将手术分为四级即 NNIS0 级、NNIS1 级、NNIS2 级、NNIS3 级，目的是对各级手术的风险进行评估，保障手术安全。

(1)手术切口清洁程度分为四类：Ⅰ类切口(清洁手术)；Ⅱ类手术切口(相对清洁手术)；Ⅲ类手术切(清洁－污染手术)；Ⅳ类切口手术(污染手术)

(2)麻醉分级(ASA 分级)根据患者临床症状将麻醉分为六级：P1：正常患者；P2：患者有轻微临床症状；P3：患者有明显的系统临床症状；P4：患者有明显的系统临床症状，且危及生命；P5：如果不手术患者不能存活；P6：脑死亡的患者。

(3)手术持续时间：根据手术的持续时间分为 T1 手术在 3 小时内完成；T2 完成手术时间超过 3 小时。

2. 进入手术室需要实施麻醉的手术必须使用“手术风险评估表”。

3.“手术风险评估表”的眉栏部分由床位主管医师填写，与“手术安全核查表”一并放入病历带进手术室在手术中使用。

4. 填写方法：第一部分手术切口清洁程度由手术医师在手术实施前对手术清洁程度进行评估并签名；第二部分麻醉分级和手术类别由麻醉师对患者的疾病情况和手术类别分别进行评估并签名；第三部分手术持续时间由巡回护士在手术结束时对手术持续时间进行评估并签名。

________医院

手术风险评估表

科别________ 姓名________ 住院号________ 年龄________ 性别________

实施手术名称____________________ 日期______________

1. 手术切口清洁程度		2. 麻醉分级(ASA 分级)		3. 手术持续时间	
Ⅰ类手术切口(清洁手术)	0	P1:正常的;除局部病变外,无系统性疾病。	0	T1:手术在 3 小时内完成	0
手术野无污染;手术切口周边无炎症; 没有进行气管、食管和/或尿道插管; 没有意识障碍。		P2:有轻微的临床症状;有轻度或中度系统性疾病。	0	T2:完成手术,超过 3 小时	1
Ⅱ类手术切口(相对清洁术)	0	P3:有严重系统性疾病,日常活动受限,但未丧失工作能力。	1	随访:切口愈合与感染情况 切口甲级愈合□ 切口感染——浅层感染□ 深层感染□ 在与评价项目相应的框内"□"打钩"√"后,分值相加即可完成!	
上、下呼吸道,上、下消化道,泌尿生殖道或经以上器官的手术; 进行气管、食管和/或尿道插管; 病情稳定; 行胆囊、阴道、阑尾、耳鼻手术的。		P4:有严重系统性疾病,已丧失工作能力,威胁生命安全。	1		
		P5:病情危重,生命难以维持的濒死患者。	1		
Ⅲ类手术切口(清洁一污染手术)	1	P6:脑死亡的	1		
开放、新鲜且不干净的伤口; 前次手术后感染的切口; 手术中需采取消毒措施的切口。		4. 手术类别			
		1. 浅层组织手术	□		
Ⅳ类手术切口(污染手术)	1	2. 深部组织手术	□		
严重的外伤,手术切口有炎症、组织坏死,或有内脏引流管。		3. 器官手术	□		
		4. 腔隙手术	□	急诊手术	□
手术医生签名:________		麻醉医师签名:________		巡回护士签名:________	

手术风险评估:
手术切口清洁程度(分)+麻醉 ASA 分级(分)+手术持续时间(分)=____分,
NNIS 分级:0—□ 1—□ 2—□ 3—□

《手术安全核对》与《手术风险评估》(试行)使用说明

一、卫生部《2008年医院管理年活动方案》重点工作之二"患者安全目标"中"目标五、严格防止手术、手术部位及术式发生错误"是具体落实的措施。

二、各医院要将《手术安全核对》与《手术风险评估》工作制度化。根据本院实际情况制定具体的流程。每一例手术均需执行此项工作，每个月、季、年都应进行总结，提出改进意见与措施。

三、通过采用国际上通用的"手术风险分级"方法。不但可以了解手术风险程度，还可以准确地比较各医院之间"手术部位感染率"的差距，也可以与国际水平作横向比较。

四、手术风险分级标准(NNIS)简介：在国际医疗质量指标体系中是按照美国"医院感染监测手册"中的"手术风险分级标准(NNIS)"将手术分为四级，即NNIS0级、NNIS1级、NNIS2级和NNIS3级，然后分别对各级手术的手术切口感染率进行比较，从而提高了该指标在进行比较时的准确性和可比性。

1. 手术风险标准依据，是根据手术切口清洁程度、麻醉分级、手术持续时间这三个关键变量进行计算的。定义如下：

(1)手术切口清洁程度：手术风险分级标准中将手术切口按照其清洁程度分为四类：

①Ⅰ类手术切口(清洁手术)：手术野无污染；手术切口无炎症；患者没有进行气道、食管和/或尿道插管；患者没有意识障碍。

②Ⅱ类手术切口(相对清洁手术)：上、下呼吸道，上、下消化道，泌尿生殖道或经以上器官的手术；患者进行气道、食管和/或尿道插管；患者病情稳定；行胆囊、阴道、阑尾、耳鼻手术的患者。

③Ⅲ类手术切口(清洁—污染手术)：开放、新鲜且不干净的伤口；前次手术后感染的切口；手术中需采取消毒措施(心内按摩除外)的切口。

④Ⅳ类手术切口(污染手术)：严重的外伤，手术切口有炎症、组织坏死，或有内脏引流管。

(2)麻醉分级(ASA分级)：手术风险分级标准中根据患者的临床症状将麻醉分为六级(ASA分级)，即P1：正常的患者；P2：患者有轻微的临床症状；P3：患者有明显的系统临床症状；P4：患者有明显的系统临床症状，且危及生命；P5：如果不手术患者将不能存活；P6：脑死亡的患者。

(3)手术持续时间：手术风险分级标准根据手术的持续时间将患者分为两

组:即为“手术在标准时间内完成组”;“手术超过标准时间完成组”。

2. 手术风险分级的计算:手术风险分为四级。具体计算方法是将手术切口清洁程度、麻醉分级和手术持续时间的分值相加,总分0分为NNIS0级,1分为NNIS1级,2分为NNIS2级,3分为NNIS3级。

表1 分值分配

分值	手术切口	麻醉分级	手术持续时间
0分	Ⅰ类切口、Ⅱ类切口	P1、P2	未超出3小时
1分	Ⅲ类切口、Ⅳ类切口	P3、P4、P5	超出3小时

表2 手术风险分级计算举例

项　　目	患者甲		患者乙		患者丙	
	类型	评分	类型	评分	类型	评分
麻醉分级	P3	1	P4	1	P1	0
切口清洁度分级	Ⅱ类	0	Ⅲ类	1	Ⅳ类	1
手术时间	否	0	是	1	否	0

第十五节　麻醉术前访视记录

一、麻醉术前访视记录书写要求

(一)麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前,由麻醉医师对患者进行病情评估和拟施麻醉风险评估的记录。

(二)麻醉术前访视另立单页。

(三)麻醉术前访视记录内容及要求

1. 一般情况:姓名、性别、年龄、科别、病历号等。

2. 简要病史、体检、与麻醉相关的并发疾病及辅助检查结果。

3. 拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱等。

4. 病情评估ASA分级;麻醉风险评估。

5. 麻醉医师签字并填写日期。

二、麻醉术前访视记录书写格式

____________医院

麻醉术前访视单

姓名________ 性别____ 年龄____ 床号________ 住院号________
临床诊断____________________ 拟施行手术____________________

一、患者目前情况

体重 kg 身高________ cm 精神状态________ 活动能力________
血压________ mmHg 脉搏________次/分 呼吸________次/分 体温________℃
简要病史：

并存疾病：心血管疾病 呼吸系统疾病 肝肾疾病 神经系统疾病 其他

手术麻醉史：无/有 并发症

过敏史：无/有 过敏物
特殊药物使用及时间：
麻醉相关体检：
心肺听诊：
头颈口腔： 张口度： 牙齿：无异常/颈瘢痕/颈短/颈部肿块/后仰困难
肢体肌力及感觉：
脊柱：畸形/其他
心电图：正常/异常________ 胸片：正常/异常__________
肺功能：正常/异常________
肝功能：正常/异常________ 肾功能：正常/异常________
血常规：Hb ________ g/L PLT ________ 10^9/L
凝血功能：PT ____秒 APTT ____秒 FiB ____ g/L TT ____秒
电解质血糖：钾____ mmol/L 钠____ mmol/L 糖____ mmol/L 其他：____

二、病情评估及麻醉选择

ASA病情评估分级：Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ(E) 心功能分级：Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ
麻醉风险评估：麻醉耐受良好/有一定风险/风险较大/风险极大有生命危险
麻醉选择：全身麻醉/硬膜外阻滞/脊麻/骶管阻滞/神经阻滞/联合麻醉

三、麻醉中注意问题及防范措施

麻醉医师： 年 月 日

第十六节　麻 醉 记 录

一、麻醉记录书写要求

（一）麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过、患者各种生命体征变化情况及处理措施的记录。

（二）详细记录麻醉全部过程；记录内容完整、真实；使用规范符号、缩写及法定计量单位。

（三）麻醉记录单应另立专页，一式两份可采用复写，分别归入病历和麻醉科内存档。记录单由麻醉医师填写，在麻醉结束后完成。

二、麻醉记录内容及要求

麻醉记录包括麻醉前记录、麻醉过程中记录、手术完毕前记录及患者转归。

（一）麻醉前记录内容及要求

1. 一般情况：患者科别、床号、住院号、姓名、性别、年龄、体重等。

2. 麻醉前用药、术前诊断、术前特殊治疗及结果、拟施手术方式及日期。术前用药应详细记录药物名称、剂量、用法及时间。

3. 记录患者病情评估 ASA 分级，分为 1、2、3、4、5、E 级；心功能评级。

4. 记录患者到达手术室时的血压、脉搏、呼吸、心电图、血氧饱和度，必要时测体温。

（二）麻醉过程中记录内容及要求

1. 麻醉方式、麻醉诱导、各项操作开始及结束时间；记录重要麻醉过程，如全麻诱导是否平稳、气管插管是否顺利；椎管内阻滞的穿刺部位、麻醉平面等。

2. 记录所有的术中监测项目。包括即时血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度、心电图、尿量、失血量、实验室检查等；必要时检测呼气末 CO_2、中心静脉压、肌松监测、麻醉深度监测等。

3. 麻醉期间用药的名称、方式和剂量，麻醉过程中的重要治疗内容及效果。

4. 常规使用的方法和特殊技术，如机械通气、控制性降压、单肺通气、频喷射通气或体外循环心肺转流等。

5. 术中静脉输液、输血及血液制品的情况，应记录输血指证。

6. 重要手术步骤时间和过程，如手术体位及术中体位改变情况、手术切皮、对患者各重要器官或系统产生重大影响的操作等。

7. 麻醉起止时间、手术起止时间。

8. 麻醉期间特殊或突发情况及处理。抢救患者时书写抢救记录(详见抢救记录书写要求及格式)。

9. 术中改变麻醉方式时需重新进行告知，签署新的知情同意书，并记录理由。

(三)手术完毕前记录内容及要求

1. 手术名称、术后诊断、手术者、护士姓名、麻醉医师签名等。

2. 输液、输血总量，麻醉用药总量等。

3. 术终时患者意识、反射及血压、脉搏、呼吸、瞳孔等情况。

4. 麻醉效果评级，是否送入麻醉后恢复室。

5. 术后镇痛，使用的方法和配方。

三、麻醉记录书写格式

麻 醉 记 录

病区________ 床号____ 住院号____ 日期________ 第____页

姓名________ 年龄____ 性别____ 体重____千克 ASA分级:Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、急、择期

手术前诊断____血型________ 脉搏________

拟 施 手 术____

麻醉前用药____普皮________ 血压________

时　　间

(咪唑)安定	
硫喷妥钠	
异丙酚	
氨(异、地)氟醚	
—OH	
氯胺酮	
复合液	
INV	
司可林	
万(本)可松	
体温℃ 中心静脉压 血氧饱和度 心率 血压kPa	
38 60 96 240 32	
36 40 92 220 29.3	
34 30 88 200 26.6	
32 20 84 180 24	
30 10 80 160 21.3	
28 0 76 140 18.6	
26 —10 72 120 16	
脉搏● 100 13.3 呼吸○ 80 10.6 体温△ 麻醉 60 8 手术◉ 插管 ⊖ 40 5.3 拔管 Φ CVP★20 2.7 SaO₂ △0 0	
附记	

麻醉剂(量)____

麻 醉 方 法____

插管:经口、经鼻(左、右)、单腔、______、双腔______号、明视、盲探、逆行。 声门显露:可见、不呆见。

管芯:用、未用。插管时间______秒。

患者体位______穿刺部位______平面 始____ 止______ 针面斜向____直入,导管进入____ cm 硬外针深____ cm

诱导情况:平顺、兴奋、咳嗽、呕吐、呼吸道阻塞、其他:________________________

是否送苏醉室:是、否

手术后诊断____

实施手术____

手术医师: 护士: 麻醉医师:

第十七节　麻醉术后访视记录

一、麻醉术后访视记录书写要求

1. 麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。

2. 麻醉术后访视可另立单页。

3. 麻醉后48小时内至少随访1次，麻醉后随访应达到72小时。

4. 患者一般情况：包括姓名、性别、年龄、科别、病历号。

5. 麻醉恢复情况、清醒时间、是否拔除气管导管等。

6. 术后访视记录。

7. 麻醉并发症及处理；其他特殊情况及处理。

8. 麻醉医师签字并填写日期。

二、麻醉术后访视记录书写格式

____________医院

麻醉术后访视单

姓名__________　性别___　年龄___　科室___　床号___　住院号___

一、麻醉恢复时情况

血压_______ mmHg　心率_______次/分　呼吸_______次/分

意识：清醒/嗜睡/模糊/昏睡/谵妄　　　清醒时间：

气管导管/喉罩：拔除/保留　　　拔除气管导管时间：

椎管内麻醉导管：拔除/保留　　　拔除麻醉管导管时间：

患者去向：PACU/ICU/病房

麻醉并发症及其他特殊情况：有/无

二、术后第一天随访记录

咽喉疼痛：有/无　声音嘶哑：有/无

恶心呕吐：无/有

头痛：有/无　术后谵妄/认知障碍：有/无

四肢肌力及感觉：正常/异常

尿潴留：无/有/保留导尿

穿刺部位：疼痛/红肿：无/有

术后镇痛：无/硬膜外镇痛/静脉镇痛

镇痛效果：　　　副反应：

特殊情况处理：

术后医嘱：

访视医师______________　时间______________

第十八节　手术记录

一、手术记录书写内容要求

1. 手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理情况的特殊记录，应当在术后24小时内完成。

2. 手术记录由手术者书写，特殊情况下可由第一助手书写，其手术记录必须由手术者签名。

3. 手术记录应当另页书写，内容包括一般项目（患者姓名、性别、年龄、病区、科别、床号、住院号）、手术日期、手术时间、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术医师及助手、护士姓名、麻醉方法以及麻醉医师等基本项目及手术经过、术中出现的情况及处理。

4. 手术经过记录内容

（1）术中患者体位，皮肤消毒方法，无菌巾的铺盖，切开部位、方向、长度、解剖层次及止血方式。

（2）探查情况及主要病变部位、大小、与邻近脏器或组织的关系；肿瘤应记录有无转移、淋巴结肿大等情况。如与临床诊断不符合时，更应详细记录。

（3）手术方式及步骤应包括离断、切除病变组织或脏器的名称及范围；修补、重建组织与脏器的名称；吻合口大小及缝合方法；内固定物或置入物的名称、型号、材质、厂家（术后将其标示产品信息的条形码贴入病历专页上）；缝线名称及粗细号数；引流材料的名称、数目及放置部位；引流物的性质及数量。手术方式及步骤必要时可绘图说明。

（4）术毕敷料及器械的清点情况。

（5）送检化验、培养、病理标本的名称及病理标本的肉眼所见情况。

（6）术中患者的耐受情况、失血量，术中用药、输血量，特殊处理和抢救情况。

（7）术中麻醉情况，麻醉效果是否满意。

(8)如改变原手术计划，术中更改术式，需增加手术内容或扩大手术范围时，需阐明理由，并告知患者，重新签署手术同意书后方可实施新的手术方案。

(9)术后疾病疗效或预后的判断。

5. 一台手术需由多个科室、多名术者完成时，由手术者分别书写所做手术的手术记录，不能由一名手术者全部书写。

二、手术记录书写格式

______________医院

手术记录单

姓名________ 年龄____ 性别____ 床号____ 科别____ 住院号____

手 术 日 期________________开始________________终了________________

手术前诊断____

手术后诊断____

病 理 诊 断____

手　　　术____

手　术　者________________助手________________护士________________

麻醉前用药____

手术中用药____

步　　　骤____

____

____

____

手术者签名：

第十九节　术后病程记录

一、术后首次病程记录书写要求

1. 术后病程记录另页书写，在记录时间同行后居中位置用红色墨水笔标明“术后首次病程记录”。电子病历可直接打印。

2. 术后首次病程记录由手术者即时书写，若由第一助手书写，则须手术者签字。

3. 术后病程记录内容包括

(1)手术时间、手术名称、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、引流物名称、数量及位置,手术标本及处理。

(2)患者术中情况,如生命体征、异常反应、出血量估计、输血、补液量及用药情况、麻醉效果。

(3)术后返回病房的情况,应特别注意观察的事项等。

(4)危重患者需急诊手术抢救时,术后第一次抢救记录可与术后病程记录合并写作"术后病程记录并抢救记录"。

4. 术后病程记录应连记 3 天,以后按病程记录规定要求记录。可由经治医师书写,主治医师以上人员补充、修改、审签。

5. 术后病程记录应有各专科的重点,术后并发症(早期、晚期)的发现、诊治过程及转归,以及术后常规处理事项(引流物状况、各种导管和引流管的处理、切口愈合、拆线情况、饮食和康复过程等)。

二、术后首次病程记录书写格式

年 月 日 时 分 **术后首次病程记录**

术后首次病程记录的具体内容:

医师签名:

第二十节 医嘱记录

一、医嘱的书写要求

医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚,每项医嘱应当只包含一个内容,并注明下达时间,应当

具体到分钟。

医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

二、医嘱的书写格式

1. 长期医嘱单书写格式

______________医院

长期医嘱单

第　　页

姓名________　科室______　病区______　床号______　住院号______

起始		医嘱内容	医师签名	执行时间	执行人签名	核对人签名	停止				
日期	时间						日期	时间	医师签名	执行人签名	核对人签名

2. 临时医嘱单书写格式

______________医院

临时医嘱单

第　　页

姓名		科别		病区		床号		住院号	

日期	时间	医嘱内容	医师签名	执行时间	执行者	录入/核对

第二十一节　病危(重)通知书

一、病危(重)通知书书写要求

病危(重)通知书是指因患者病情危、重时,由经治医师或值班医师向患者家属告知病情,并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别,目前诊断及病情危重情况,患方签名、医师签名并填写日期。一式两份,一份交患方保存,另一份归病历中保存。

二、病危(重)通知书格式

____________医院

病危(重)通知书

姓名________　性别____　年龄____　科室____　住院号____

诊断____

____

患者目前病情趋于恶化,随时可能危及生命,特下达病危(重)通知。尽管如此,我们仍会将采取有效措施积极救治。同时向您告知,为抢救患者,医院可能在事先未征得您的同意的情况下将依据救治工作的需要,使用和采取应急救治所必需的仪器设备和治疗手段,请予以理解、配合和支持。

医师签名:　　　　　　　　　　亲属/监护人签名:

　　　　　　　　　　　　　　　(注明与患者的关系):

年　月　日　时　分　　　　　　年　月　日　时　分

(本通知书一式两份,一份交患方保存,另一份归入病历中保存。)

第二十二节　出 院 记 录

一、出院记录书写要求

1. 出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结性记录,应当在患者出院后 24 小时内完成。出院前一日或当日,应记录患者是否达到出院标准,查房医生的姓名及专业技术

职务。

2. 出院记录另立专页，由经治医师在患者出院时完成，主治医师或以上人员审签，一式两份，一份归入住院病历存档，另一份交给患者保管以供复诊备查。

3. 出院记录内容包括患者姓名、性别、年龄、入院日期、出院日期、入院诊断、出院诊断、入院情况、诊疗经过（包括主要药物使用情况、特殊检查治疗等）、出院情况、出院医嘱及注意事项（包括患者出院后随访时间、随访方式、经治医师的门诊时间、出院带药应详细注明药名、用法、用量、疗程及用药注意事项等）、医师签名等。

4. 患者出院时的简要情况、治疗结果、出院医嘱等有关情况应在出院当天的病程记录中做必要的记录。

5. 如系患者或家属要求自动出院，当日应记录自动出院的原因，请患方在病程录后书写“自动出院，后果自负”，签名并注明与患者的关系。

二、出院记录书写格式

__________医院

出 院 记 录

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>科室</td><td></td><td>病区</td><td></td><td>床号</td><td></td></tr>
<tr><td>住 院 号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">病理号</td><td></td><td colspan="4">影像检查号(CT、X、MRI)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>入院日期</td><td colspan="4">年　月　日</td><td colspan="2">出院日期</td><td colspan="5">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="12">诊断：</td></tr>
<tr><td colspan="12">入院时主要症状及体征：</td></tr>
<tr><td colspan="12">主要化验结果：</td></tr>
<tr><td colspan="12">特殊检查及重要会诊（注明日期及检查号）：</td></tr>
<tr><td colspan="12">住院治疗简要过程及主要治疗措施（注明手术名称、日期、输血量及抢救情况）：</td></tr>
<tr><td colspan="12">出院情况（症状、体征）：</td></tr>
<tr><td colspan="12">出院医嘱（出院后治疗计划及具体带药）：</td></tr>
<tr><td>医师签名</td><td>主治医师</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">住院医师</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">实习医师</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

第二十三节　死亡记录

一、死亡记录的书写要求

1. 死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗、抢救经过的记录，应在患者死亡后 24 小时内完成，记录时间应具体到分钟。

2. 死亡记录需另页用红色墨水笔书写，并在横行居中位置标明“死亡记录”。

3. 死亡记录由经治医师书写，主治医师以上人员修改、补充、审签。

4. 死亡记录内容包括患者姓名、性别、年龄、入院日期、死亡日期、参加抢救人员等。

5. 死亡记录应注意

(1)入院情况：包括主要症状、体征，辅助检查结果等。

(2)诊疗经过：住院后病情演变和治疗情况，重点记录死亡前病情变化和抢救经过。

(3)死亡原因：指致患者死亡的直接原因。

(4)死亡诊断：包括患者死亡前诊断的各种疾病。

二、死亡记录书写格式

____________医院

死亡记录

姓名		性别		年龄		科室		病区	
住院号		床号		病理号		影像检查号(CT、X、MRI)			
入院日期	年　月　日		死亡时间	年　月　日　时　分			住院天数		
入院诊断				死亡诊断					
入院时情况(主要症状、体征，有关实验室检查及器械检查结果)：									
诊疗经过入院后病情演变及诊治情况。重点记录死亡前的病情变化和抢救经过，死亡原因和死亡时间(具体到分钟)：									

续表

与患者近亲属或代理人商谈尸检情况	患者近亲属或代理人同意或不同意尸检需明确表态并签字： (注明与死者的关系) 日期：　　年　　月　　日					
医师签名	科主任或 正(副)主任医师		主治 医师		住院 医师	

第二十四节　医院感染调查表

一、医院感染调查表书写要求

1. 患者入院后须在24小时内正确完整填写医院感染调查表，包括眉栏项目和易感因素，不得缺项。卫生部《医院感染管理办法》规定对住院患者入院感监控率必须达到100%，具体做法就是在患者入院24小时内监控患者存在哪些感染危险因素，从而在诊疗方案和措施上进行有针对性的预防和规避，防止和减少医院感染发生。

2. 住院过程中如有“侵袭性操作”和新的“医院感染危险(易感)因素”，须及时(24小时内)在表中相应内容前的“□”中打“√”。不属于“手术”的，无须填写“手术”栏项目。非手术科室“手术”栏项目无须填写。

3. 手术患者应详细记录其手术名称、部位、时间、主刀医师、麻醉类型、是否急诊以及手术切口类型。

4. 如发生医院感染须及时送病原学检查，并于24小时内填写“感染部位”“感染日期”“病原学检查”“送检时间”“药敏结果”等相关内容。病程记录也要及时、准确地记录医院感染的临床表现、诊断依据、控制方案及转归等，并在医院感染后24小时内上报医院感染管理科。

5. 对药敏试验的结果，应于微生物实验室出报告后24小时内填写。

6. 表格由经治医师负责填写，要求做到及时、准确。如手术后24小时内填写“手术”项目等。

7. 表格中不应有任意画线及“无”“否”“有”等字样，不能涂改。

二、医院感染调查表书写格式

____________医院

医院感染调查表

科别(病区)__________床号_____姓名_______性别_____年龄_____住院号_______

入院日期_______年____月____日　入院诊断__________________________

出院日期_______年____月____日　出院诊断__________________________

住　　院_______天　　出院情况:□治愈　□好转　□死亡　□转院　□其他

入院评估易感因素:

□糖尿病
□癌症
□营养不良
□慢性疾病
□血液系统疾病
□肝硬化
□免疫抑制剂、激素
□使用抗菌药物
□化疗、放疗
□≤3岁、≥60岁
□压疮、烫伤等创面
□造瘘(入院时带入)
□管饲(入院时带入)
□人工气道(入院时带入)
□其他

入院后侵袭性操作:

□泌尿道插管
□动静脉插管、介入
□静脉切开
□气管插管
□使用呼吸机
□气管切开
□内镜、胃管
□造瘘(膀胱、胃、肠)
□血液、腹膜透析
□心脏起搏器
□穿刺(骨、腰、肾、肝、肺、腹等)
□各种引流
□分娩、会阴侧切
□人流、清宫
□海扶刀(或肿瘤热疗)
□其他

感染部位:

□上呼吸道　　□胸膜腔
□下呼吸道　　□细菌性脑膜炎
□胃肠道　　□败血症
□泌尿道　　□输血相关性
□表浅切口　　□口腔
□深部切口　　□器官(或腔隙)
□皮肤软组织(□烧伤部位　□其他部位)
□心血管(□心内膜　□心肌　□心包)
□其他

医院感染日期:1._____年___月___日
2._____年___月___日

病原学　检查:□做　□否

送检日期:1._______　2._______

标　　本:1._______　2._______

检查方法:□涂片镜检　□培养　□血清学

药敏试验:□是　□否

病 原 体:1._______　2._______

镜检结果:1._______　2._______

调查者__________

第四章　各专科病历书写重点要求

第一节　呼 吸 内 科

呼吸内科入院记录书写重点要求：

一、现病史

1. 主要症状发生的时间、缓急及其演变。诱发因素及相关伴随症状，慢性疾病的病情进展情况，平时长期使用的药物，病情控制情况。诊疗经过：感染性疾病抗感染治疗特别是抗生素使用情况。肿瘤患者特别是已经化疗的需注明肿瘤病理类型、分期、治疗方案、剂量、疗程、治疗反应等情况。

(1)咳嗽：需要描述其性质和方式。单声、阵发、痉挛性或刺激性咳嗽。是否伴有咳痰，有无特殊的声音，发生与加剧的时间，与刺激性气味、气温、体位、气候变化、季节等是否有关，有无其他伴随症状，有无明确的诱发因素，病程较长的患者其咳嗽性质有无变化。不明原因的慢性咳嗽，要询问有无 ACEI 药物服用史。

(2)咳痰：需描述痰的性状(透明或不透明、粘液性、脓性、白色泡沫状、血性等)，颜色(白色、粉红色、炭末样灰黑色、铁锈色、黄色或黄绿色等)；稀薄或粘稠，每天痰量及有无特殊气味。是否易咳。

(3)咯血：有无诱因，咯血严重程度(痰中带血丝、整口鲜血、24小时量)，持续时间，颜色，与体位、活动、咳嗽的关系。并注意和消化道、口腔、上呼吸道出血相鉴别。

(4)呼吸困难：起病缓急，持续时间，严重程度，加重或缓解的因素，发生的时间，吸气或呼气可能，有无喘鸣及伴随的症状。

(5)胸痛：部位，性质(刺痛、闷痛、酸痛、隐痛、钝痛等)，程度(轻微、较重、剧烈)，持续时间，与呼吸及肢体活动的关系，有无牵涉痛，缓解的方法，伴随症状。

(6)发热:体温高低、持续时间、热型、规律、缓解方式、伴随症状。

2. 有无与构成主要诊断需要相鉴别的其他疾病的表现。

3. 一般状况如食欲、大小便、睡眠、体重有无变化。

二、既往史

有无慢性咳嗽、咳痰史、过敏性疾病史、结核病史、询问结核病史时要注意抗结核药物的使用情况,包括药物名称、剂量及用药的时间。手术史、输血史、药物过敏史、预防接种史。

三、个人史

吸烟史应记录每日吸烟支数、吸烟年限、戒烟情况、有无肺部相关职业病的职业工种从业史、从业工种、持续时间、居住环境、有无粉尘接触史等。

四、家族史

家族中有无哮喘、结核病患者、慢性支气管炎、肺气肿及其他与遗传或环境因素有关的病史。

五、体格检查

1. 呼吸频率、节律、深度;如有呼吸困难,应注意是吸气延长还是呼气延长,有无鼻翼煽动,有无三凹征,体位情况。

2. 皮肤粘膜、甲床有无发绀,皮肤有无皮下结节、红斑和皮下气肿,皮肤干湿程度。浅表淋巴结有无肿大,尤其是锁骨上淋巴结,有无杵状指(趾)。

3. 器官的位置,有无颈静脉充盈及肝颈静脉回流征,颈部软组织有无水肿、肿胀及皮下捻发感(音)。

4. 胸部应重点详细检查,包括视、触、叩、听。

第二节　心血管内科

心血管内科入院记录书写重点要求:

一、现病史

1. 胸痛:发病的诱因(运动、寒冷、情绪、饱餐等),疼痛的部位、性质、持续时间、放射部位,与活动与体位的关系,发作频率,时间

规律，伴随症状及缓解方式（药物、休息等）。

2. 心悸：诱因（与体位、体力活动、情绪、药物的关系），持续时间，发作与终止的情况，发作频率，伴随症状（头晕、心前区疼痛、气急等），缓解方式。

3. 呼吸困难：诱因，发作时间，有无夜间呼吸困难或劳力性呼吸困难，有无端坐呼吸，是否伴有咳嗽、咯血及咳粉红色泡沫样痰。

4. 水肿：开始出现的部位及发展顺序，是否伴有尿量、尿色和夜尿的改变，有无腹胀及肝区疼痛。

5. 头昏、黑蒙及晕厥：头昏及黑朦的诱因，时间规律。晕厥与活动及体位的关系，持续时间，是否伴有抽搐及大小便失禁，发作时的面色、呼吸、脉搏等，有无外伤。

6. 近期用药和特殊治疗检查情况：尤其是降压药、洋地黄、利尿剂、扩血管药、抗凝抗血小板药物、调脂药、抗心律失常药物等。包括药物的名称、剂量、用药时间、疗效及监测情况。各类心血管介入手术及心脏外科、血管外科手术情况。曾经完成的特殊检查，包括胸片、心电图、心脏彩超、心脏电生理检查等。

二、既往史

有无高血压、冠心病、高脂血症、风湿热、心肌炎、糖尿病、甲亢、结核病、肾脏疾病及梅毒史。有无心动过速、心动过缓及期前收缩史，有无黑蒙晕厥史。

三、家族史

有无高血压、糖尿病、心肌病及血脂异常等疾病。家族中有无猝死或类似病变者。

四、体格检查

1. 注意有无发育不良、身长过长、四肢过长、蜘蛛指（趾）。

2. 体位，神志，血压（必要时测量四肢血压和卧位、立位、站位血压）。

3. 面容，有无鼻翼煽动、发绀、二尖瓣面容。

注意有无颈静脉怒张、肝颈静脉反流征，有无颈动脉异常搏动

或血管杂音。

4. 心肺的基本体格检查(视、触、叩、听)。

5. 发绀:出现的时间(出生时或劳累后)。

6. 周围血管征,有无脉搏短绌、奇脉、交替脉、水冲脉及毛细血管搏动征。

7. 有无肝脾肿大、移动性浊音、腹部血管杂音、腹壁静脉曲张。

8. 有无水肿、杵状指(趾)、关节红肿、压痛、运动障碍及畸形。有无皮肤粘膜淤血及淤斑。有无皮下结节及环形红斑。

第三节　消 化 内 科

消化内科入院记录书写重点要求:

一、现病史

1. 饮食情况:有无厌食、吞咽困难,发病缓急、发生及持续时间,对流质和固体食物咽下反应,进行性加重或间断性发生,自觉咽下困难的部位,是否伴有胸骨后疼痛,有无伴随神经系统症状,有无心血管、肺部等疾病。

2. 烧心、嗳气、反酸:发生的时间、诱因、程度、特点,与进食、活动的关系。其他伴随症状或体征,如腹痛、腹胀、胸痛等。诊治、用药的情况及治疗效果。

3. 腹痛:起病缓急、部位、性质、程度、发生时间、有无节律性、周期性和放射痛、诱发缓解因素,疼痛与进食、月经、排便、体位、黄疸及情绪的关系,有无伴发症状,如发热、黄疸、贫血、休克、呕吐、反酸、嗳气、腹泻、血尿等。诊治、用药的情况及治疗效果。

4. 腹胀:起病缓急、部位、性质、程度、发生时间、诱发缓解因素,与进食、排便、体位及情绪的关系,有无伴发症状,如发热、黄疸、贫血、呕吐、反酸、嗳气、腹泻、便秘、腹部包块、腹水、气腹、肠鸣音的改变等。诊治、用药的情况及治疗效果。

5. 恶心、呕吐:发生的时间、诱因、程度,与进食、活动的关系;是否是喷射性呕吐,其他伴随症状或体征,如发热、寒战、黄疸、眩

晕、头痛、眼球震颤、腹痛、腹泻、尿黄等及服药史、手术史、月经史；呕吐物的性质、数量、颜色和气味。诊治、用药的情况及治疗效果。

6. 呕血和便血：出血的方式、性状、数量、颜色、诱因，有无伴发全身症状，如口渴、黑蒙、头晕、心悸、出汗，体位改变时有无晕厥或昏倒、黄疸、寒战、发热、全身出血、皮肤改变、腹部肿块，并注意便血与腹痛、粪便的关系（血液与粪便相混与否），了解发病年龄、季节、诱因（如酗酒、药物、应激因素、呕吐等）。诊治、用药的情况及治疗效果。

7. 黄疸：起病方式、诱因、黄疸程度、症状的波动性、大小便色泽，有无皮肤瘙痒、群集发病、外出旅游、服药史及酗酒肝病史；伴随症状，如发热、腹痛、腹水、胃肠道症状等；黄疸对全身情况的影响。诊治、用药情况及治疗效果。

8. 腹部肿块：发现时间、持续性或间断性、部位、质地、形状、大小、生长速度，有无疼痛及移动性，有无伴随症状。诊治、用药情况及治疗效果。

9. 排便情况：有无腹泻或便秘（急性或慢性），大便次数、性质、颜色和气味，有无服药史、群体发病，有无伴有腹痛、里急后重、发热。

二、既往史

有无肝病（何种）及胆囊、胃肠病史，有无血吸虫病史，有无结核、肝炎等传染病密切接触史，有无腹部手术史（何种）及术后情况和有关的诊治情况，如有无实验室化验检查结果、B 超、CT、消化道 X 线、磁共振胰胆管造影（MRCP）、逆行胰胆管造影（ERCP）或内镜检查及结果，曾经用药（何种药物）情况及治疗效果、副作用等。

三、个人史

有无结核、肝炎接种史，有无特殊嗜好（如烟酒等）及程度和年限。

四、家族史

家族中有无类似疾病及肿瘤、遗传性疾病、肝炎等病史。

五、体格检查

1. 营养状况及皮肤粘膜：有无消瘦、体重下降及程度，有无黄染、色素沉着，有无毛细血管扩张、蜘蛛痣、肝掌、腹壁静脉怒张。

2. 有无肝臭、锁骨上淋巴结肿大、男子乳房发育。

3. 心肺：双肺呼吸音，有无啰音；心率、心律、有无杂音。

4. 腹部：腹部检查对消化系统疾病的诊断尤为重要。要做到视、触、叩、听。

（视诊）腹部轮廓（膨隆、蛙状腹等）、腹壁皮肤静脉分布和血流方向，有无胃肠型或蠕动波。

（触诊）腹肌紧张程度、压痛及反跳痛、液波震颤，有无肝、脾肿大或缩小、质地、边缘、触痛及其程度；有无包块及部位、大小、质地、边界、压痛、活动度及表面情况等。

（叩诊）肝浊音界大小，肝区有无叩痛，有无移动性浊音。

（听诊）肠鸣音情况（消失、亢进、音调），有无胃区振水音，有无血管性杂音。

5. 肛门指检：有便秘、慢性腹泻、便血及下腹痛的患者必须按常规肛门指检。痔疮、肛裂、肛瘘、肛管内壁是否光滑，有无肿块，指套有无染血。

第四节 肾脏内科

肾脏内科入院记录书写重点要求：

一、现病史

1. 水肿：出现时间、初起部位、发展顺序，是否为凹陷性、伴随症状等。

2. 高血压：有无头晕、头痛、头胀、视力模糊等高血压表现。高血压发生的时间、进展情况、对药物治疗的反应及有无高血压家庭史、其他并发的泌尿系症状与其他特殊症状。

3. 血尿：发生时间（持续性、间歇性），程度（云雾样、洗肉水样、血丝、血块），与排尿的关系（初血尿、全血尿、终末血尿），与疼痛、

体位、运动、性生活、药物及全身疾病的关系。

4. 腰痛或膀胱区疼痛：疼痛的程度、性质、放射部位与其他症状的关系。

5. 尿路刺激症状：有无尿频、尿急、尿痛、排尿困难或排尿中断现象等。

6. 尿量异常：发生异常的缓急情况，有无尿量减少、少尿、无尿或多尿及夜尿次数。

7. 有无食欲下降、乏力、恶心、呕吐、皮肤瘙痒（出现时间）、鼻出血、牙龈出血、黑便等症状；有无头痛、心悸、呼吸困难等。

8. 近期有无上呼吸道感染、皮肤感染或其他部位感染及应用肾毒性药物和药物过敏现象。

9. 有无关节疼痛、皮疹、发热、红斑、出血点、光敏感、脱发、口腔溃疡或口眼干燥及咯血等。

10. 以往用药情况：尤其对激素、免疫抑制剂的种类、剂型、剂量、疗程、疗效等详细描述，有无不良反应；抗凝、抗血栓治疗情况等。

11. 有无肾活检及结果。

12. 有无肾脏替代治疗，方式及时间。

二、既往史

有无糖尿病、高血压、痛风、结缔组织病、肝炎、疟疾、恶性肿瘤和过敏性疾病史，有无肾脏手术及外伤史，有无使用对肾脏有损害的药物史（如镇痛药、氨基苷类抗生素）和毒物接触史。

三、家族史

有无高血压、糖尿病和遗传性肾脏病史等。

四、体格检查

1. 一般检查：T、P、R、BP，发育、营养及意识状态；身高、体重，血压（注明体位，必要时测量四肢血压）。

2. 皮肤：色泽，有无水肿（部位、程度、凹陷性）、皮疹、色素沉着、尿素霜、抓痕、紫癜、紫纹及出血点；有无贫血。

3. 头颈部：有无头皮水肿，眼睑水肿，角膜、结膜、巩膜、视力、听力情况。耳郭有无尿酸结石，呼吸有无氨味，有无鼻窦压痛和龋齿，口腔粘膜有无皮疹和溃疡，扁桃体大小，颈静脉有无怒张。

4. 心肺：心尖搏动位置，心界大小，心率、心律，各瓣膜听诊区的心音性质，有无杂音，奔马律和心包摩擦音；呼吸频率、节律及深度，两肺呼吸音性质。

5. 腹部：肾脏大小（双手合诊），有无包块、触痛、肋脊角叩击痛。沿输尿管径路体表投影区压痛点，耻骨上区压痛，肝脾大小，有无移动性浊音，血管性杂音的部位、性质和传导性。

6. 其他：有无尿酸结节，第一跖趾关节压痛，关节畸形、肿胀、压痛、积液、雷诺征，指甲畸形，骨骼压痛等。

第五节　血 液 内 科

血液内科入院记录书写重点要求：

一、现病史

1. 有无头晕、耳鸣、乏力、心悸、气急、食欲减退、恶心呕吐等病史。

2. 有无皮肤、粘膜、牙龈及鼻出血病史，有无黑便、血尿和酱油尿病史，有无月经过多病史。

3. 有无畏寒、发热、腰背痛、盗汗、皮肤瘙痒、骨骼疼痛、体重下降。

4. 有无服用某些食物（如蚕豆、鱼、虾等）或药物（如解热止痛剂、抗甲状腺药、细胞毒药、免疫抑制剂、抗凝药等）。

5. 白血病患者需注明初次诊断情况及时间、诱导方案、完全缓解时间、缓解后治疗情况（强化、巩固、维持方案及疗程），末次化疗时间及方案，有无复发及时间等。是否出现中枢神经系统白血病，是否行腰穿鞘注（具体化疗药物、时间），是否放疗（具体剂量、时间）等。

6. 注意营养状况、饮食习惯。有无营养不良、偏食、异食癖史。妇女应注意月经、妊娠、分娩、哺乳等情况。儿童应注意生长发育情况。



二、既往史

患者的营养、月经及生育史，有无慢性病（如糖尿病、肾脏病、肝病、慢性胃肠疾病、寄生虫等）和胃肠手术史，有无服药及化学品、放射性物质接触史。近期有无患过病毒性肝炎。是否有自幼反复自发性或轻微创伤后出血，及手术、拔牙后异常出血史。有无药物过敏史（包括抗菌药物及其他药物如羟基脲、瘤可宁、门冬酰胺酶、生物制剂等）。有无输血及血制品史。有无鲜红色、酱油色和葡萄酒色尿史。有无便血或黑便史。是否有自幼反复血栓史。

三、家族史

有无出血、血栓及溶血性疾病等遗传性疾病史。有无近亲婚配史。有无肿瘤家族史。

四、体格检查

1. 皮肤粘膜有无苍白、黄染、皮疹、结节、溃疡，巩膜有无黄染，口腔、耳、肢端粘膜有无绛红色、古铜色改变。有无特殊面容。

2. 毛发色泽，有无稀疏、干燥等，舌有无乳头萎缩、舌炎及牛肉舌等，指甲有无反甲等改变。皮肤有无结节、包块、溃疡等。

3. 皮肤有无出血点、淤点、紫癜、淤斑及分布情况，牙龈、口腔、鼻粘膜、皮下、眼底等有无出血。

4. 胸骨有无压痛。关节有无肿胀、畸形、压痛及功能障碍等，肌肉及软组织等有无血肿。

5. 口腔、咽峡、耳、皮肤、阴道、龟头、睾丸、肛门等部位有无坏死性溃疡、脓肿、感染灶等改变。有无齿龈增生肿胀。

6. 有无浅表淋巴结肿大、肿大的部位、大小、数目、质地、压痛、活动度、与周围组织的情况。有无其他骨骼的压痛、叩击痛。有无肝、脾肿大，大小、质地、压痛、脾摩擦音等。

7. 应该注意心脏有无增大与杂音。

8. 有无下肢水肿、疼痛及皮肤颜色改变等。

9. 有无神经系统病理征，面神经麻痹，肢体麻木，感觉、运动障碍等。

第六节　内 分 泌 科

内分泌科入院记录书写重点要求：

一、现病史

重点应询问和描述内分泌腺疾病，如腺垂体（垂体前叶）、神经垂体（垂体后叶）、甲状腺、肾上腺（皮质、髓质）、性腺、胰岛、甲状旁腺与钙磷代谢及代谢性骨病等所引起的各种病态。

1. 垂体方面：有无口干、烦渴、多饮、尿量增多或减少；有无产后大出血休克史、产后无乳闭经；有无怕冷畏寒、无力、消瘦；有无毛发异常（脱落、增多及分布异常）；有无皮肤色素改变（减退或增加）；有无溢乳闭经；有无躯体生长异常、性格、智力改变；有无头痛呕吐、视觉异常（视力障碍及视野缺损等）。

2. 甲状腺方面：有无颈粗、颈部包块、颈部疼痛及颈部压迫症状；有无怕冷怕热、多汗少汗；有无食欲异常、腹泻、便秘；有无消瘦、乏力、发作性肢体瘫痪；有无性格急躁、思维迟钝、嗜睡、水肿；有无心悸、胸闷、心动过速及心律失常病史等。

3. 肾上腺方面：有无体重增加、四肢乏力、头昏、头痛、性格改变、毛发增多或脱落、腰酸背痛；有无消瘦、皮肤色素增加、食欲减退、恶心呕吐、体位性晕厥等；有无高血压或低血压；有无肢体麻痹、多尿夜尿；有无心动过速、心悸气喘、盗汗、濒死感等。

4. 性腺方面：有无阴茎、睾丸过小及阴毛不长；有无阴茎勃起和射精异常；有无不长胡须、缺乏喉结、肌肉不发达、软弱无力、男性乳房发育、男性女性化；有无月经紊乱、溢乳、闭经、不孕；有无发作性潮热、自汗、心悸、情绪不稳定等。

5. 胰岛方面：

（1）糖尿病及其并发症：有无多饮、多尿、多食、消瘦、搔痒、头昏、乏力；有无视力减退、肢体麻木刺痛、胸闷、心悸、胸痛、肢体瘫痪、意识障碍、下肢水肿、溃烂、间歇性跛行。

(2)低血糖表现:有无心慌出汗、头昏乏力、饥饿感、手足震颤、性格改变、抽搐、昏睡、昏迷、癫痫样发作、大小便失禁、精神异常等。

6. 甲状旁腺方面:有无手足麻木、肌肉震颤、麻痹、抽搐、痉挛等;有无骨痛、骨折、骨肿大畸形、身材变矮;有无头痛肌痛、肾绞痛、血尿、溃疡病、精神异常等。

7. 其他方面:有无腰背疼痛、行走翻身困难、非暴力性骨折、关节红肿疼痛、肾结石等。

二、既往史

有无产后大出血休克、有无精神创伤、过度紧张及头颅手术、外伤史,有无甲状腺手术、放射性核素及化学治疗史,有无结核病、腮腺炎、高血压、肿瘤和自身免疫性疾病史。

三、月经、婚育史

有无非正常分娩史、产后大出血史;有无分娩巨大儿史;有无月经紊乱、闭经、月经稀少、溢乳、宫内生长障碍、不孕等。

四、家族史

有无先天性遗传性疾病史;家族中有无类似疾病史;有无生活环境、生活方式、经济状况变化等,父母是否近亲结婚。

五、体格检查

1. 一般情况(生长过速或生长停滞):身高(必要时测指距、骨骼比例)、体重、体重指数、腰围、臀围、血压、智力、神志、精神状态、毛发分布;有无特殊面容(肢端肥大症、呆小症、格雷夫甲亢、库兴综合征)及体型(如向心性肥胖)。

2. 皮肤:有无皮疹、溃疡、紫纹、黄色瘤、痤疮、痛风结石;皮肤粘膜色素沉着有无增加或减退;阴毛、腋毛等体毛分布及密度。

3. 眼:有无格雷夫甲亢眼征、上睑下垂、球结膜充血水肿、角膜溃疡、眼外肌麻痹、晶体混浊、角膜老年环等。

4. 甲状腺:有无肿大及程度(甲状腺肿分度:Ⅰ度即不能看出,但能触及;Ⅱ度既能看出肿大,又能触及,且在胸锁乳突肌内;Ⅲ度

甲状腺肿明显并超过胸锁乳突肌内缘）、甲状腺质地；有无结节、包块和有无触痛，有无震颤和血管杂音；有无局部淋巴结肿大。

5. 胸部：乳腺发育情况、乳晕色素，有无有溢乳。

6. 腹部：有无肿块、血管杂音、尿潴留，脂肪分布及紫纹等情况。

7. 性腺及第二性征：睾丸大小、质地、发育情况，胡须、前发际、阴毛及腋毛分布生长情况，有无阴蒂肥大。

8. 脊柱及四肢：有无脊柱后凸、脊柱叩痛、骨折，有无肢体近端肌肉萎缩、下肢瘫痪，有无胫骨前粘液性水肿，骨骼和关节有无畸形以及多指（趾）畸形等。

9. 神经系统：生理反射、肌张力和感觉有无异常，有无 Trousseau 束臂缺钙征或 Chvostrek 面神经弹击征。

六、辅助检查

按病情需要选择检查项目。

1. 血、尿、大便常规及有关的各种内分泌功能测定，激素或其代谢产物的测定，自身抗体检测、血生化指标（血糖、血脂及血电解质等）测定。

2. 心电图、脑电图、超声波、放射性核素检查，X 线、CT 或 MRI 等。

3. 活组织检查。

第七节　风湿免疫科

风湿免疫科入院记录书写重点要求：

一、现病史

1. 发热：起病时间、季节、起病缓急、热型、程度（热度高低）、频度（间歇性或持续性）、有无规律、诱因、伴随症状，对各种治疗的反应。

2. 关节肌肉痛：起病缓急，疼痛部位，多关节或单关节，是否对称，有无肿胀、晨僵，有无游走性，有无表面发红、皮温升高，有无功

能障碍。受累的肌群，疼痛和压痛情况，有无肌肉肿胀、肌力减退。有无诱因（剧烈运动、饮酒、服药、吸毒、感染）。

3. 皮肤：皮疹出现和消失的时间、发展顺序、分布部位、形态大小、颜色以及压之是否褪色，有无瘙痒或脱屑，有无光敏感，与发热及用药有无关系。有无皮肤或皮下硬化，有无皮下出血、黄疸、网状青斑和水肿。

4. 粘膜：有无口腔、鼻腔、外阴溃疡，溃疡发生的频率、诱因。有无粘膜出血、苍白、发绀。有无口干眼干，有无吞咽困难。

5. 有无雷诺现象、视力变化、头痛、下肢或下颌跛行，有无肢体感觉异常。

6. 脏器受累情况：有无头痛、精神异常、胸闷心悸、腹痛腹胀、下肢水肿、尿量改变、肢体活动障碍等。

7. 一般情况：有无脱发、乏力、纳差，有无体重下降、大小便异常。

8. 院外检查、治疗情况，有无使用糖皮质激素、免疫抑制剂，对糖皮质激素和非甾类抗炎药治疗的反应。

二、既往史

1. 过去健康状况。

2. 疾病史：有无咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、鼻窦炎史，有无心悸、气促、晕厥、高血压、心脏病史，有无腹痛、腹泻、呕血、黑便、黄疸史，有无尿频、尿急、尿痛、血尿、蛋白尿史，有无血小板减少、溶血性贫血史，有无内分泌疾病史，有无头痛、感觉及运动异常、性格改变等。

3. 传染病史：有无结核史、病毒性肝炎史，有无艾滋病接触史。

4. 手术外伤史。

5. 预防接种史。

6. 输血史。

7. 药物过敏史：药物、食物、化妆品、花草或其他过敏史。

三、个人史

1. 出生地及居留地：有无血吸虫疫水接触史，是否到过其他地

方病或传染病流行地区及其接触情况。

2. 生活习惯:有无嗜好(烟、酒、麻醉毒品)及其用量、年限。

3. 职业和工作条件:有无化学毒物、粉尘、放射性物质接触史。

4. 冶游史。

5. 特殊用药史(肼苯哒嗪、普鲁卡因酰胺、苯妥英钠、异烟肼等)。

四、婚育史

妊娠失败史(不育、早产、流产、胎死宫内、胎儿发育不良、畸形)及次数。

五、月经史

初潮年龄、行经天数、周期、末次月经时间(或绝经年龄),有无月经量异常。

六、家族史

家族中有无关节痛、腰背痛、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎及其他疾病。

七、体格检查

1. 皮肤:面部、颈胸部、指端、掌心、甲周、下肢有无红斑及特点,关节伸侧有无鳞屑,有无皮下结节、包块,有无痛风石,有无局部肿胀、硬化、色素沉着、色素脱失,肢端有无溃疡,有无雷诺氏征,有无皮下出血,有无皮肤粘膜苍白、发绀、黄染。

2. 有无浅表淋巴结肿大,肿大淋巴结部位、大小、数目、硬度、压痛、活动度,有无粘连。

3. 头发有无光泽,稀疏、断发、脱发程度。口腔、鼻腔粘膜有无溃疡,有无结膜充血、水肿,有无巩膜黄染,有无鞍鼻畸形,有无耳郭红肿、畸形、塌陷,口腔粘膜是否干燥,有无猖獗龋齿及腮腺肿大。

4. 有无颈部包块,有无甲状腺肿大,有无颈部血管杂音。

5. 有无胸廓畸形,有无胸廓压痛及部位,有无肺部啰音和呼吸音增强、减低,有无心脏杂音和心律异常,有无血压异常和周围血

管征。

6. 有无肝脾肿大，有无腹部包块、压痛和反跳痛，有无移动性浊音，有无腹部血管杂音。

7. 关节和脊柱：有无关节肿胀、压痛、功能障碍和畸形，具体描述受累关节，有无强直畸形，关节活动范围。有无腰椎活动度、胸廓活动度下降，有无脊柱压痛和叩击痛，有无骨盆按压痛，双侧4字征试验。

8. 神经系统：意识状态、颈抵抗、颅神经征、周围神经征（触觉、痛觉、温觉）、鞍区体征，病理征：霍夫曼征（Hoffmann）、巴彬斯基征（Babinski）、奥本海姆征（Oppenheim）、戈登征（Gordon）。

第八节　神经内科

神经内科入院记录书写重点要求：

一、主诉

本次发病的主要症状和时间（尽量简明，少于20字）。

二、现病史

1. 基本要求：使用医学术语，既要总结归纳，又要尊重事实。包括：

(1)起病情况、时间、诱因。

(2)主要症状特点：部位、性质、范围、程度、持续时间、影响因素。

(3)病情进展演变：按时间先后顺序，要有条理、系统性，早期症状有定位意义。

(4)伴发症状和有重要意义的鉴别诊断阴性症状。

(5)诊治过程及效果。

(6)一般日常情况：精神、饮食、睡眠、大小便、发热等情况。

(7)重点描述头痛、疼痛、瘫痪、感觉异常、抽搐、视力障碍、语言障碍等。

2. 具体症状描述：

(1)头痛：可能的原因、部位、性质、时间、规律、程度、伴发症

状，头痛加剧或减轻的因素等。

(2)疼痛：部位、性质、规律、扩散，引起发作加剧的原因，对各种治疗的结果。

(3)麻木：性质、分布、传播、发展过程。

(4)抽搐：初发年龄、有无先兆、抽搐情况、伴发症状、发作持续时间、发作后症状、发作的规律、过去治疗情况，间歇期有无其他症状。

(5)瘫痪：起病缓急、部位、肌张力的改变，伴随症状（发热、疼痛、麻木、意识障碍、失语等）。

(6)视力障碍：有无复视、视力减退等。

(7)括约肌障碍：排便是否费力，有无尿潴留、大小便失禁。

(8)其他症状：语言障碍如构音障碍，言语表达、听理解、阅读能力降低等。精神障碍如抑郁、焦虑、紧张、欣快、惊恐、情感淡漠、反应迟钝等。

三、既往史

有无脑炎、脑膜炎、癫痫、偏头痛、慢性支气管炎、结核、外伤、中毒、风湿病、钩端螺旋体病、寄生虫病、心血管疾病、代谢及内分泌疾病、血液病、恶性肿瘤等疾病。

四、个人史

工作环境、生活习惯、差旅情况、冶游史、毒物接触、药物过敏史等，儿童应注意询问生长发育史，疫苗接种史。

五、婚育史

女性有月经、孕产史。

六、家族史

要突出遗传史，对各种遗传性疾病均应画家谱图。

七、体格检查

应注意有无动脉异常搏动（颞动脉、颈动脉、桡动脉、足背动脉）及血管（如颈部血管）杂音，检测血压时注意左右两侧的对比，针对特殊患者需要检测卧立位血压。



八、神经系统专科检查

1. 一般情况:意识、定向力、记忆力、失语、构音、计算力。

2. 脑神经检查(12 对):

(1)嗅神经:嗅觉(需要时检查)。

(2)视神经:视力(远、近视力),视野(手试法为主),眼底(视乳头、视网膜、血管)。

(3)动眼、滑车、外展神经:眼睑及眼裂,眼球运动、眼外肌运动;瞳孔形状、大小、光反射。

(4)三叉神经:感觉(颜面痛觉、触觉、角膜反射),运动(颞、嚼肌运动)。

(5)面神经:运动(上部及下部面肌运动);味觉[舌前 2/3 味觉(需要检查)]。

(6)听神经:听力(粗试法、骨气导对比法、两侧骨导比较法);前庭神经(眼球震颤,肢体倾斜)。

(7)舌咽、迷走神经:发音、吞咽、软腭运动、咽反射、咽感觉味觉[舌后 1/3 味觉(需要时检查)]。

(8)副神经:耸肩(查斜方肌);转颈(查胸锁乳突肌)。

(9)舌下神经:伸舌有无偏斜,舌肌有无萎缩及束颤。

3. 运动:肌营养,肌张力,不自主动作,肌力(0～5 级),共济运动;姿势与步态。

4. 感觉:浅(痛、触、温)、深(震动觉、位置觉、运动觉)、复合感觉(皮层感觉)(定位、辨质、体形觉)。

5. 反射:深反射(肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨骨膜反射、尺骨膜反射、膝反射、跟腱反射、髌阵挛、踝阵挛);浅反射(角膜反射、腹壁反射、提睾反射、足蹠反射、肛门反射);病理反射(Hoffmann、Oppenheim、Babinski、Gordon、Chaddock)征。

6. 括约肌功能。

7. 自主神经检查:皮肤色泽、温度、营养状况、汗液分泌、皮肤划痕反应等。

8. 脑膜刺激征：颈项强直、克尼格（Kenig）征、布鲁金斯基（Brudzinski）征。

第九节 精 神 科

精神科入院记录书写重点要求：

一、一般项目

姓名、性别、出生年月、出生地、民族、婚姻状况、文化程度、宗教信仰、职业、工作单位或住址、病史提供者姓名、与患者的关系；单位负责人或家长姓名、地址、联系电话；入院日期和时间；第几次住院，病史详尽程度及可靠性，医疗付款方式。

二、主诉/代主诉

精神科疾病，多次住院的应分别写明本次病程及总病程。

三、现病史

1. 本次起病情况：多次发作者，应从初次发病时写起。住院次数较多诊断均一致（>3次以上）的，首次发病和末次发作过程重点描述，中间可以简述。

诱因：精神因素或精神刺激，了解其性质、强度及持续时间；躯体因素则应了解躯体疾病的主要症状、诊断及治疗情况。

起病日期：何时出现精神异常，在何种场合发生。

起病形式：急性、亚急性或缓慢起病。有无自动缓解、顿挫现象。

起病初发症状：异常的语言（引用原话）、动作、表情。饮食、睡眠、智能及意识状态等。

2. 病情演变

症状变化：初发症状与现有症状有何改变，与情绪、环境、个性、躯体状况、所用药物有无关系。

病程特点：持续性或进行性加重还是间歇发作；间歇期精神状态是否与病前完全一样，社会功能如何；缓解或加重的相关因素。

诊疗经过及目前的一般情况。

排除症状：与本次疾病诊断可能混淆的其他疾病的主要症状。

3. 严加防护的问题：有无消极观念，自杀、自伤、伤人、毁物、攻击、出走等行为。近期有无拒食、厌食、贪食、呕吐，有无长期进食不佳等情况，生活自理程度如何。

四、个人史

母孕、分娩、生长发育及幼年期身体健康情况（40 岁以上患者可省略）。

童年有无不良遭遇，如受侵害、家庭环境、经济状况剧烈变化等。学习、工作经历。

病前个性特征，包括脾气、爱好、兴趣、习惯等。有无不良嗜好。

恋爱、婚姻状况、必要时还要记述配偶的自然、生物、社会方面情况。女性包括月经史（包括末次月经）、分娩、计划生育措施等。

五、既往史

1. 有无器质性疾病：按照各系统询问，重点询问有无颅脑外伤、高热、抽搐、昏迷、心血管疾病及肝、肾疾病等，并简要写明以往器质性疾病的诊疗情况，与精神科诊疗关系密切者，应详细询问，写明罹患时间、治疗情况及转归。

2. 过敏史：药物过敏史包括药物过敏性疾病、药物依赖或药瘾。

3. 预防接种史。有无传染病史。

4. 手术及输血史。

六、家族史

患者父母两系三代有无精神病史，如有应记录与患者关系及影响，并绘制家系图谱；有无个性偏离者；有无近亲婚配。

七、体格检查

填写体格检查表。

八、精神检查

1. 合作患者的精神检查

（1）一般表现：

①意识状态：意识是否清晰；如有意识障碍，具体描述意识障

碍的水平和内容。

②定向力：时间、地点及人物定向能力，自我定向，如姓名、年龄、职业等。

③接触情况：主动或被动，合作情况，对周围环境的态度等。

④日常生活：包括仪表、饮食、大小便及睡眠，女患者经期自我料理情况；与其他病友的交往，能否参加集体活动及工娱疗情况。

(2)认识活动：

①感觉障碍：种类，出现时间及频度，患者对此的态度以及与其他精神症状的关系及影响等。

②知觉障碍：种类，出现时间及频度，患者对此的态度以及与其他精神症状的关系及影响等。

③思维障碍：检查时要求以问答形式，并且同时记录患者答话时的情感反应及行为。

④思维联想过程障碍：思维联想的活动量和速度、思维联想的连贯程度、思维联想的逻辑性、思维活动的形式等。

⑤思维内容和结构：妄想、强迫观念、超价观念，妄想的种类、内容、性质、出现时间、发展动态、涉及范围、结构、荒谬程度、是否固定以及对患者的情绪行为的影响程度等。强迫观念的种类、内容、发展动态、对情感和行为的影响程度和后果。

⑥记忆及智能障碍：

记忆障碍：有无记忆过强、减退(包括即刻记忆、近记忆、远记忆)；有无遗忘，为何种形式遗忘，有无错构、虚构及潜隐记忆。

智能障碍：包括一般常识、专业知识、计算力、理解力、分析综合及抽象概括能力等。一般采用问答形式，除记录回答的内容外，还应记录回答的语速、语调、表情及动作。

(3)情感活动：

①对客观事物的态度：包括面部表情、语调、姿态、动作及意志行为等。

②相应的内心体验：以启发诱导方式，触及患者的利害关系。观

察其表情，了解其内心体验，注意情感、思维、行为之间是否协调。

(4)注意：

①主动注意：能否选择性地集中及指向某一事物，集中持续的时间。有无注意增强、减退、狭窄、固定或涣散。

②被动注意：各种刺激引起注意的被动指向和集中的程度如何，有无随境转移。

(5)意志行为：

①意志障碍：包括意志增强、减弱、缺乏、倒错、矛盾或犹豫不决等。本能活动的减退或增强，注意产生意志的动机指向性、目的性及自觉性等。

②行为障碍：包括各种类型的精神运动性兴奋或抑制，并注意其与思维、情感是否协调。有无怪异、消极、自伤、冲动、毁物行为等。

(6)自知力：包括对自己精神状态的分析和判断能力。精神状态及个性与病前有何不同，是否承认自己有病；具体表现和体验如何；如何对待疾病。

2. 不合作患者的精神检查：极度精神运动性兴奋、抑制、意识障碍或抗拒检查的患者属于不合作的患者。此类患者入院时先按下列内容做不合作患者检查，并注意对检查的合作程度。待病情改善后再补充做全面精神检查并记录在病程记录中。

(1)一般表现：意识状态，能否注意周围环境和认识自身处境；定向力；姿势是否自然，嘱其做一系列动作，能否领会和正确执行；日常生活能否自理，对治疗护理的态度，睡眠情况。

(2)动作行为：有无自动症，有无抗拒、违拗、戏谑、躲避行为，有无自伤、伤人、毁物、攻击等行为，有无模仿、刻板、重复动作，有无特殊的或不舒服的姿势，肌张力有无改变。

(3)情感反应：面部表情是否焦虑、抑郁、厌烦、激惹、警惕、惶恐、平静、呆板、茫然、淡漠；对工作人员及家属亲友等有何反应，表情有何改变；眼部动作。

(4)言语：有无自发性言语，连贯性及内容如何；有无言语表达

的倾向如动唇、张口、喃喃自语等；有无缄默不语；有无点头摇头、打手势等示意性动作；有无绘画示意或笔谈的行动；有无失语症。

3. 儿童期不合作患者的精神检查

(1)一般表现：意识状态、定向力。

(2)面部表情与情感反应：对客观事物的态度及内心体验。

(3)动作和行为：姿势、怪异行为、精神运动型兴奋或抑制等。

(4)言语及书写绘画：言语的连贯性、逻辑性、刻板、模仿、重复言语、言语吐字快慢、语调高低及清晰度等。

4. 器质性患者的精神检查

(1)姿态：有无异常的姿态如瘫痪、不自主运动。

(2)意识障碍：从感知、定向、注意、记忆、思维及表情等方面进行观察，注意有无嗜睡、意识模糊、恍惚、困惑、茫然、谵妄、精神错乱症及昏迷等。、

(3)智能障碍：一般常识、专业知识、记忆力、计算力、理解力、抽象概括能力。

(4)思维障碍：思维活动的主动性、预见性、抽象思维能力、持续言语、重复言语、失语、失用等。

(5)情感障碍：表情、内心体验。

(6)注意障碍：包括注意减退、波动、涣散或固定等。

(7)个性改变：从脾气、兴趣、爱好、能力等方面与病前相比较。

(8)大脑局限性病灶时的精神障碍表现。

九、病史小结

简要归纳病程特点，主要精神症状、体征及实验室阳性发现。

十、初步诊断

在病历纸中线的右侧写出精神科诊断。如有多项诊断，按主次(1,2,3……)分别写明。经治医师签名，并注明记录日期、时间。

十一、入院诊断

在病历纸中线左侧与初步诊断平行，由主治医师在48小时内作出，签名并注明日期、时间。

第十节　感染性疾病科

感染性疾病科入院记录书写重点要求：入院病历与入院记录参考一般病历写法，但对下列各项应特别注意。

一、现病史

1. 详细记录起病诱因、发病日期、缓急、慢性病复发时间、程度、性质及演变过程。

2. 发热：其开始时刻、体温高低、热型变化如何；发热时其他症状有无加重，有无畏寒寒战、头痛、肌肉关节疼痛或酸痛、抽搐、惊厥、谵妄、昏迷、狂躁不安等其他症状伴随出现；热退急缓，是否伴随出汗等其他症状减轻或消失；有无蚊虫叮咬。

3. 皮疹：其出现日期、数量、形态、顺序及部位如何，是否伴随瘙痒、咳嗽流涕、咽痛等症状。

4. 黄疸：起病方式、有无劳累、饮酒、药物或毒物等诱因、黄疸程度、大小便色泽，有无皮肤瘙痒、群集发病、外出旅游就餐史；伴随症状，如发热、乏力纳差、腹胀腹痛等，黄疸时间与波动情况。

5. 呕血和黑便：出血的方式、性状、数量、颜色，注意排除口腔、鼻咽部出血和咯血，有无伴发全身症状，如口渴、黑蒙、头晕、心悸、出汗，了解发病年龄、季节、诱因（如进食硬质食物、饮酒、药物、应激因素等）。

6. 恶心和呕吐：发生的时间、诱因、程度与进食的关系；是否是喷射性呕吐，其他伴随症状或体征，如发热、寒战、黄疸、眩晕、头痛、腹痛、腹泻、尿黄等及服药史、手术史、月经史；呕吐物的性质、数量、颜色和气味。

7. 腹痛、腹泻：起病缓急、疼痛部位、性质、程度、发生时间，大便性状、次数、颜色和气味，与腹痛、进食的关系，有无进食不洁食物、群体发病、里急后重、发热、皮疹、脱水、休克、消瘦、腹部包块等。

8. 入院前曾行何种检查，其检查日期及结果如何；接受过何种治疗，尤须注意各种病因特效治疗，如化学合成药物及抗菌药物

等，其药名、剂量、用法、疗程、反应等，均宜扼要记录。

二、既往史

接触史及预防接种史：病前有何种传染病接触史，具体接触方式、时间及程度。有无野外作业、狗咬史、疫区居住史。对经血液、体液传播的疾病，还应询问针刺注射史、输血史、不洁饮食史、毒物及药物接触史、吸毒史、性乱史等。曾预防接种者应询明接种名称、年月、次数及反应。

三、个人史

是否经常野外作业，疫区居住情况，是否接触疫水。

四、家族史

记录家族中传染病罹患情况，有无类似发病者，病原携带状况等。

五、体格检查

应详细全面系统检查，特别注意体温、神志、皮肤、淋巴结、眼结膜、咽部、心、肺、肝、脾、神经反射。阳性发现应详细描写，与诊断或鉴别诊断有关的阴性结果亦应记录。

1. 皮肤粘膜有无苍白、黄染及其程度，皮疹形态、数量，脓疱、淤点淤斑，有无毛细血管扩张、肝掌、蜘蛛痣、色素沉着、浅表淋巴结肿大。

2. 头部：巩膜有无黄染，球结膜有无充血、水肿、涟漪波，口腔粘膜情况，重点检查溃疡，粘膜斑、咽部充血情况，扁桃体大小、假膜、分泌物，腮腺有无肿大及特征，甲状腺有无肿大。

3. 心率、心律、心音、杂音等，肺部呼吸音正常与否，有无啰音。

4. 腹部：有无膨隆、蛙状腹，有无腹壁静脉曲张或显露。腹围测量、脐疝，腹壁紧张度（柔软、柔韧或紧张），腹部压痛部位（局限性或弥漫性），有无反跳痛，腹部有无肿块（部位、大小、形态、硬度、压痛、搏动、移动度）液波震颤及振水音；肝脾是否肿大、压痛、形状，表面有无结节，质地（软、中、硬），边缘（锐、钝）；有无肝脾肿大或缩小、质地、触痛及程度；肝浊音界大小、肝区有无叩击痛，有无

移动性浊音；胆囊大小、形态、压痛。肠鸣音(正常、增强、减弱、消失)，有无血管杂音。

六、辅助检查

根据病情需要选择。

1. 实验室检查：血、尿、粪常规及培养检查；血生化(肝肾功能、电解质，血糖、血脂、二氧化碳结合率)，凝血酶原时间，各型肝炎病毒血清标志物；腹水及胸水常规、生化、培养及细胞学检查；血、尿淀粉酶测定；免疫学检测，包括甲胎蛋白(AFP)、免疫球蛋白、甲状腺功能检测、自身免疫性肝病相关检查等。

2. 对不明原因发热患者，行血清系列抗体检查：嗜人粒细胞无形体抗体 IgM、IgG；埃立克体抗体 IgG；斑点热抗体 IgG；斑疹伤寒抗体 IgG；恙虫病抗体 IgG；Q 热抗体 IgG；登革热抗体 IgM；莱姆病螺旋体抗体 IgG、IgM；出血热抗体 IgM、IgG；钩端螺旋体抗体；布氏杆菌抗体 IgG、IgM；新型布尼亚病毒抗体。

3. 放射学检查：胸部平片；头颅、腹部 CT 及 MRI 检查。

4. 超声检查：肝、胆、胰、脾、门脾静脉及腹腔超声检查等。

第十一节　儿　　科

儿科入院记录书写重点要求：

一、一般项目

不同年龄时期儿童的年龄记录要求不同，新生儿 1 天以内记录小时、1 天以上记录天数，婴儿记录月数，1 岁以上记录几岁几个月。

入院时间及记录时间：年、月、日、时、分。

联系人：主要监护人及有效证件，代述病史者与患儿的关系(要求亲自签名或按手印)。

二、新生儿科病历

1. 病史

(1)详细询问第几胎第几产、胎龄多少周(早产、足月产、过期产)，生产方式(顺产、异常胎位、胎吸、产钳、剖宫产)，接生方式(新

法、旧法,医院、家中),早产应询问原因,破羊水时间、量和性质(清、混浊、有无特殊臭味),出生时情况(有无窒息及其程度,Apgar评分,抢救用药),出生时体重,新生儿黄疸出现及消退时间,开始喂奶时间,喂养方式(母乳、人工、混合喂养),人工喂养者询问理由、配方奶调配方法和分量(毫升数、每日几次),胎粪排出时间,脐带情况(脱落时间、有无异常),胎盘情况。

(2)预防接种情况(包括乙型肝炎疫苗)。

(3)母亲孕期疾病史及用药情况,分娩过程及有无并发症。

(4)记录新生儿疾病筛查情况。

2. 体格检查

(1)注意囟门大小、紧张度,有无隆起和凹陷,头颅有无血肿,有无颅骨重叠或裂开,头围、身长。

(2)脐带是否脱落,脐部干燥情况。

(3)神经反射(吸吮、觅食、握持、拥抱反射)。

(4)早产儿或小样儿要进行胎龄评分(毳毛、耳郭、足底纹、指(趾)甲情况、男婴睾丸有无下降,女婴大阴唇发育情况)。

三、儿科病历

1. 主诉:用病史提供者的语言概括主要症状或体征及其时间。

2. 现病史:为病历的主要部分。详细描述此次患病的情况,包括主要症状、病情发展和诊治经过。应注意以下几点。

(1)主要症状要仔细询问,并注意其特征。

(2)有鉴别诊断意义的有关症状。

(3)病后小儿的一般情况。

(4)已经做过的检查和结果。

(5)接受过治疗的患者用药情况。

3. 既往史

(1)与现病相关的病史。

(2)急性传染病史或传染病接触史。

(3)药物及其他过敏史。

(4)创伤、手术史。

4. 个人史

(1)出生史:胎次、产次、孕期、生产方式(顺产或难产),接产方式及地点(新法或旧法、医院或家中),出生时体重,出生时情况,必要时加问母亲孕期营养及健康状况。

(2)喂养史:喂养方式(母乳、人工、混合喂养);人工喂养者询问其理由,配方奶调配方法、分量(一日几次、每次毫升数);加添辅食品的日期、种类、份量和方法,断奶日期及有无困难(婴儿营养不良及消化功能紊乱者应重点描述;年长儿可从略,但应询问饮食习惯,有无挑食、偏食及吃零食的习惯,食欲及大小便情况)。

(3)生长发育史:体格发育(何时能竖头、独坐、独步,何时出第一颗牙,身高、体重增长情况),智力发育(何时能笑、能认人、能发单词及短句;如已入学,应询问其学习成绩和行为表现)。

(4)预防接种史:按接种顺序记录预防接种史,记录接种时年龄、反应及最近一次的接种时间(卡介苗接种后 6 周是否复查,结果如何)。

5. 家庭史

(1)家庭成员及密切接触者的健康状况。

(2)有无家族性或遗传性疾病史及传染病史。

(3)父母年龄、职业,是否近亲结婚。

(4)母亲各次分娩情况,孕期健康状况。

(5)同胞健康状况(死亡者应询问死亡原因及死亡年龄)。

6. 体格检查

(1)体重、体温、呼吸、脉搏、血压(≥5 岁,特殊疾病例外)、身长、头围是否测量视年龄与病情而定,发育营养状况,精神状态(灵活、呆滞、安静、烦躁),皮肤弹性,皮下脂肪的分布和充实度,有无出疹和淤点。

(2)头部及其器官:头颅颅缝闭合情况,囟门(大小、闭开、凹隆),颅骨有无软化,有无口周青紫和鼻翼煽动,口腔(气味、有无张

口呼吸),唇(颜色、有无疱疹、皲裂、溃疡、畸形、色素沉着,口角有无溃疡),牙(数目、形状,有无龋齿),龈(色泽、肿胀、溃疡、出血、溢脓),舌(形态,舌质、颜色、舌苔、乳头,有无溃疡、异常色素,动作、对称性,是否伸出口外),舌系带(有无溃疡、过短)。舌下有无囊肿,口腔粘膜(颜色、腮腺管开口情况,有无淤点、溃疡、麻疹粘膜粘膜斑、鹅口疮),腭(有无腭裂、上皮珠、淤点、溃疡),咽(颜色、吞咽情况、悬雍垂动作),喉(有无声音嘶哑、失音、喘鸣声),扁桃体(大小、充血程度,有无分泌物或假膜)。

(3)胸部:胸廓有无畸形(鸡胸、肋串珠、赫氏沟、肋缘外翻)和三凹征,心前区有无隆起,心界大小和位置(3岁以内小儿一般只叩左右界,用力要轻。叩左界从心尖搏动点左侧起向右叩,听到浊音改变即为左界;叩右界时需先叩出肺肝浊音界,然后在其上一肋间自右向左叩,有浊音改变时即为右界。并做好记录),心脏病及5岁以上患儿同成人一样列表。

(4)腹部:脐部有无出血、分泌物和脐疝。注意有无肠鸣音、血管杂音等。

(5)肛门:有无畸形、脱垂和肛裂。

(6)外生殖器:男性外生殖器的形状,睾丸有无下降,有无阴囊水肿、包皮过长、疝和鞘膜积液;女性的尿道、阴道有无畸形和分泌物。

(7)四肢:有无畸形("O"形或"X"形腿)、骨骺端肥大和杵状指(趾)。

(8)神经系统:≥2岁可检查Hoffmann征、Babinski征、Oppenheim征、Chaddock征、Gordon征等,要记录;<2岁不对称时也应记录。脑膜刺激征:>3个月应记录克氏(Kernig)征和布氏(Brudzinski)征。

第十二节 外 科

外科入院记录书写重点要求:

一、现病史

1. 外科感染:发病时间、感染部位、病因或诱因(有无外伤、过度劳累、长期营养不良、糖尿病、尿毒症、晚期癌肿、滥用抗生素或肾上腺皮质激素、化疗或放疗史、手术、内镜等有创操作史);有无红肿热痛和功能障碍等局部症状,有无寒战、发热、乏力、头痛、食欲不振等全身症状。

2. 损伤:受伤的时间、地点,致伤因素、性质、暴力大小,受伤时的姿势、着力点和作用方向,致伤物的种类和性质等;有无躯体被挤压的情况,有无疼痛、肿胀、伤口出血(性质和量)及功能障碍等局部症状,有无意识障碍、呼吸困难、呕血便血及排尿异常等全身症状;受伤后的治疗经过和效果。

3. 肿瘤:详细询问某些进行性症状,如肿块、疼痛、溃疡、出血、发热、消瘦、纳差、贫血、黄疸等,尤以中年以上患者更应警惕。询问有无密切接触化学物质、放射线及病毒感染等情况;有无内分泌、遗传、免疫等方面的内在因素;了解患者职业、生活环境、饮食习惯及不良嗜好等。

二、既往史

既往一般状况,有无慢性疾病(高血压病、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、肝病、肾病)史、有无药物过敏史、手术外伤史(手术时间、手术名称、术后病理及术后恢复情况)、输血史、传染病史(病毒性肝炎、结核病等)、肠寄生虫史、预防接种史。

三、个人史

出生地、长期居留地、是否到过传染病流行地区及其接触情况,有无嗜好(烟、酒、常用药品、麻醉药品)及其用量及年限,职业和工作条件情况。

四、婚育史

记录婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、生育情况。

五、月经史

月经初潮、经期、周期、末次月经时间、绝经年龄,经量有无异

常、有无痛经。

六、家族史

家族中有无肿瘤疾病史及遗传性疾病史。

七、体格检查

在一般全身体检后应加“外科情况”(或“专科检查”)一项。要求详细、准确、重点突出,必要时绘图列表说明情况。

1. 神志、面容、肤色、呼吸及四肢末梢循环状况(感染或损伤者应详细描述)。

2. 外科感染:感染部位有无肿胀、发红,其范围大小、边界是否清楚,有无压痛和波动感,有无肢体功能障碍;伤口部位、大小、范围、深度、色泽、有无分泌物及其性质和气味如何,伤口内肉芽组织生长情况,创面上皮及周围皮肤情况,有无捻发音;区域淋巴结有无肿大和压痛;有无全身感染症状。

3. 损伤:部位,伤口形状、大小、深度和污染程度,伤口裸露组织的活力,有无活动性出血及异物存留,伤口周围有无淤血、水肿和皮下积气;受伤肢体的功能和血液循环情况,受伤后是否经过急救清创等处理。

第十三节 儿 外 科

儿外科入院记录书写重点要求:

一、现病史

1. 消化道畸形:①是否有胎粪排出,胎粪开始排出的时间,粪便的颜色及转黄的时间,是否有粪便从正常肛门以外的部位排出,平时排便的习惯;②是否有呕吐,呕吐物的色、质、量,呕吐出现的时间及频率,平时饮食情况;③是否有黄疸,黄疸出现的时间及消长情况。

2. 肿块:发现时间,持续存在或间歇出现,部位、质地、形状、大小、生长速度、有无疼痛或移动性,有无其他伴发症状(生长发育停滞、贫血、发热、腹痛、黄疸、排尿异常、血尿、便血、排便困难等)。

3. 急腹症:包括出血、感染、梗阻、穿孔、脏器破裂等引起的腹痛,发病诱因和缓急,疼痛部位、性质和时间;有无呕吐及其与疼痛的关系,呕吐物的性质(胃内容物、血液、胆汁、肠内容物及粪便等)、总量、颜色和气味;有无食欲不振或拒食、恶心、腹胀、腹泻、排便困难、黄疸、排尿异常等;注意腹痛与发热的关系。

二、既往史

既往有无类似症状及其治疗情况;有无手术、外伤及其他疾病史;有无结核、肝炎等传染病史;药物、食物等过敏史;计划免疫接种情况等。

三、个人史

母亲的妊娠及生产情况:是否足月、顺产;助产方式及其有无产伤;生后喂养;青春期女孩应问月经史。

四、家族史

重点询问母亲孕期情况,家族有无类似疾病或遗传病史。

五、体格检查

参见“儿外科入院记录”,涉及第一诊断的体征应详细描写。

六、专科情况

描写与疾病相关的阳性体征和有鉴别意义的阴性体征,要准确、突出重点。

第十四节 神经外科

神经外科入院记录书写重点要求:

一、主诉

主诉包括主要症状、发病时间和变化情况,有时还包括重要的伴随症状。主诉应简洁、精练、重点突出,不超过20个字。对意识障碍、儿童或智力障碍的患者,可询问最了解情况的家属或当事人获得。

二、现病史

现病史是主诉的注释和扩展,涵盖疾病发生的整个过程,内容

要求全面、主次分明和简练，要说明：①症状发生的时间、发病方式和诱发因素；②症状的性质部位、范围和严重程度；③症状和体征出现的时间顺序；④症状的发展、波动、缓解情况；⑤伴随症状的特点、发生时间以及相互影响；⑥过去的治疗方法和疗效等。

常见症状病史采集的重点：

1. 头痛：头痛的部位(局部、弥散或部位不定)，头痛的规律(阵发性、持续性、波动性、周期性)，发作时的诱因，头痛的性质(胀痛、跳痛、劈裂样痛或隐痛)，头痛的加重因素，头痛的程度，头痛的伴随症状(恶心呕吐、瘫痪、麻木、失语、视物不清、抽搐、发热、昏迷等)。

2. 瘫痪：发病形式(急性、慢性、波动情况)，瘫痪部位，瘫痪程度，瘫痪发展顺序，伴随症状(麻木、疼痛、抽搐、失语、昏迷等)。

3. 感觉障碍：感觉障碍的性质(感觉减退、感觉缺失、感觉过敏等)，范围、发展顺序，伴随症状。

4. 抽搐：首次发作时的年龄，发作类型(全身性、局限性，强直性、阵挛性)，持续时间，发作的诱因，发作前的先兆，发作的频率，每次发作的持续时间和间隔时间，发作后的症状，既往的治疗情况和疗效，抽搐发作时有无意识丧失、双眼上翻、口吐白沫、误咬唇舌、大小便失禁等。

5. 意识障碍：意识障碍的程度朦胧、嗜睡、浅昏迷、深昏迷，起病缓急，持续时间，发病的诱因(外伤、服用过量的药物、应激刺激)，发病前后的伴随症状，伴发的基础疾病(高血压、糖尿病、精神和心理疾病)等。

6. 颅脑外伤：外伤经过，受伤时间，致伤原因，头颅着力部位及运动方向，受伤后的意识状态，昏迷时间，有无中间清醒期，有无近事遗忘，伤后有无头痛、呕吐、抽搐等。

7. 其他常见症状：眩晕、言语障碍、视力障碍、听力下降、吞咽困难、精神异常、智能障碍、不自主活动、走路不稳、二便障碍、睡眠障碍等。

三、既往史

慢性疾病史(心血管疾病、内分泌代谢疾病等),感染性疾病,外伤手术,中毒,过敏,肿瘤,免疫性疾病,输血病史,预防接种史等。儿童应了解其母亲的妊娠情况、分娩情况及生长发育史等。

四、个人史

应了解患者的主要经历,如文化程度、职业、工种、出生地、烟酒等不良嗜好、冶游史、居住地和宿留地有无疫情或地方病。左利手或右利手、性功能、配偶及子女健康状况。女性患者要了解月经史和婚育史。

五、家族史

家族中有无类似疾病患者,有无肿瘤病、遗传病、传染病史等。

六、神经系统专科检查

1. 一般检查:意识状态(清醒、朦胧、嗜睡、浅昏迷、深昏迷)定向力、记忆力、计算力、言语状态与构音、智力,检查能否合作等。

2. 脑神经检查(12 对)

(1)嗅神经:检查嗅觉。

(2)视神经:视力(远、近视力检查),视野(对照法为主),眼底(视乳头形状、色泽、生理凹陷及边缘是否清楚,血管比例和反光轻度,视网膜有无水肿、出血、渗出物等)。

(3)动眼、滑车、外展神经:眼睑有无下垂及眼裂大小(与对侧比较),瞳孔形状、大小、光反射(瞳孔直接对光反射、瞳孔间接对光反射),眼球运动,眼球位置。

(4)三叉神经:感觉(颜面痛、触觉,角膜反射),运动(咀嚼肌肌力、咀嚼肌萎缩、下颌偏向)。

(5)面神经:运动(上部及下部面肌运动,注意额纹、鼻唇沟等),味觉[舌前 2/3 味觉(需要时检查)]。

(6)前庭蜗神经:听力(粗试法,骨气导对比法,两侧骨导比较法),耳鸣,前庭神经(眼球震颤、肢体倾斜)。

(7)舌咽、迷走神经:发音,吞咽,软腭运动,咽反射,味觉[舌后

1/3 味觉(需要时检查)]。

(8)副神经:耸肩(查斜方肌),转颈(查胸锁乳突肌)。

(9)舌下神经:伸舌有无偏斜,舌肌有无萎缩及束颤。

3. 感觉:浅感觉(痛觉、触觉、温觉);深感觉(震动觉、关节位置觉);复合感觉(定位、辨别觉、形体觉)。

4. 运动:肌营养,肌张力,肌力(0～Ⅴ级),轻瘫试验,不自主动作,肌束震颤,共济运动,姿势与步态。

5. 深浅反射:浅反射(腹壁反射、提睾反射),深反射(肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射、膝反射、踝反射、跟腱反射),浅反射与深反射检查时应特别注意两侧是否对称。阵挛(髌阵挛、踝阵挛)。

6. 病理反射:包括 Hoffmann 征、Oppenheim 征、Babinski 征、Gordon 征、Chaddock 征。

7. 脑膜刺激症状:脑膜刺激征、Kernig 征、Brudzinski 征。

8. 自主神经检查:皮肤色泽、温度、营养状况、汗液分泌、皮肤划痕反应。

第十五节　心 脏 外 科

心脏外科入院记录书写重点要求:

一、现病史

1. 先天性心脏病:要注意患者是否发绀,发绀开始出现的时间,活动耐力是否下降,生长发育是否受限,有无反复呼吸道感染,有无咯血、缺氧发作、心力衰竭及喜蹲踞史。

2. 心脏瓣膜病或心肌病:要注意有无活动后心悸、胸闷、气促,有无咳嗽、咳痰及痰液的性状,有无咯血史,是否有呼吸困难、夜间不能平卧及端坐呼吸,食欲是否受限,有无腹胀及下肢水肿,注意观察患者目前的活动能力。特别要详细询问患者出现症状的时间、症状加重的时间及详细的治疗经过。

3. 冠心病:应注意询问心绞痛发作的时间、部位、性质、放射部

位、诱因、持续时间、发作频率、缓解方法、药物疗效等。

二、既往史

1. 有无风湿病史及风湿活动情况。

2. 有无高血压、糖尿病及高血脂等病史。

3. 既往手术情况:是否有先天性心脏病姑息手术史,瓣膜成形或置换手术史,冠状动脉介入治疗或旁路移植手术史。

4. 心功能情况:心衰发生时间、诱因、次数、级别及治疗用药情况等。

三、个人史

是否有大量吸烟、饮酒及生活不规律等不良的生活习惯。先天性心脏病者母亲孕期有无病毒感染、药物或放射性物质接触史。

四、家族史

是否有先天性心脏病、高血压、冠心病或不明原因心源性猝死家族史等。

五、体格检查

在一般体格检查的基础上,要根据不同疾病可能出现的特异性体征及可能与该疾病相鉴别疾病的相应体征进行详细体格检查。

1. 先天性心脏病:患者的发育情况;营养状态;有无发绀;有无杵状指/趾;有无水冲脉和/或股动脉枪击音;胸廓是否畸形;呼吸音情况,是否有干、湿啰音;心前区隆起程度;是否可触及震颤及震颤的部位;心脏杂音听诊情况,包括杂音的位置、性质、强度、时间及传导方向;注意检查四肢血压和四肢末梢氧饱和度。

2. 获得性心脏病:除心脏心音、心率、心律、心音、杂音听诊情况外,还应包括左或右心衰的体征,如呼吸音是否对称,肺部有无干湿啰音,有无水肿、颈静脉搏动增强、充盈、怒张,肝脏是否肿大,肝颈静脉反流征是否阳性,腹水征是否阳性。

3. 其他:要注意患者的全身情况,如马方综合征,除心脏杂音外,常伴有眼球晶状体脱位、高度近视、手指过长等体征。

第十六节 胸 外 科

胸外科入院记录书写重点要求：

一、现病史

1. 食管、贲门疾病：发生时间、进食下咽情况及能进何种饮食，有无胸背痛、呃逆、呕吐、上腹部不适、呕血、咯血、黑便、消瘦、发热、咳嗽、声嘶、体重下降等，患病后的诊疗经过及有无做过胃镜、消化道造影等检查，是否做过放疗、化疗或其他治疗。

2. 肺部、胸膜及纵隔疾病：咳嗽、咳痰（痰量、性质）、咯血（色、量）、胸痛、胸闷、气短或呼吸困难、喘鸣等出现的时间及经过，有无发热、乏力、体重下降、声嘶、呛咳、吞咽困难等，患病后的诊疗经过及有无做过胸部CT、纤维支气管镜等检查，是否做过放疗、化疗或其他治疗。

3. 胸部外伤：原因、受伤部位、时间、当时情况、呼吸和循环系统表现、神志变化及救治经过。

4. 其他与胸外科疾病治疗和并发症发生相关的疾病（如：心脑血管疾病、代谢性疾病、肝肾等疾病）。

5. 原发性手汗症：发生时间，手汗的程度，有无伴随腋汗及足汗增多情况，在何种情况下出汗比较严重，患病后的诊疗经过。

二、既往史

1. 肿瘤病史：发病时间、病变部位、病理性质及治疗情况。

2. 呼吸系统疾病史：病变部位，抗感染、抗结核治疗情况。

3. 胸、腹部的其他慢性疾病及手术史。

4. 手汗以往治疗的情况及效果。

三、个人史

长期居住地点及职业、工作环境，日常劳动强度，饮食习惯，尘埃接触情况，吸烟、饮酒的时间和每日量，疫区疫水及有毒有害物质接触史及药物过敏史。

四、家族史

家族中有无肿瘤、结核、遗传性疾病及手汗增多情况。

五、体格检查

1. 一般情况：血压，体重，身长，面容（结核、恶病质等）。

2. 面、颈部：唇（发绀），巩膜（黄染），咽（扁桃体），面部有无水肿，颈静脉搏动及充盈情况，甲状腺大小及随吞咽移动情况，气管是否偏移等。

3. 淋巴结：注意颈部、锁骨上、腋下、腹股沟等部位，淋巴结大小、个数、质地、移动度、压痛等。

4. 胸部：胸廓形态是否正常（扁平、桶状、塌陷、隆起、肋间隙的宽窄），呼吸运动时两侧是否对称，有无胸壁肿块（大小、部位），皮下气肿、前胸壁静脉迂曲和侧支循环等。胸壁是否有压痛。

5. 心、肺：四诊（视、触、叩、听）检查。

6. 肛门：食管、贲门肿瘤有下消化道症状者应做肛门指检。

7. 四肢：有无水肿、杵状指（趾），四肢运动情况。

8. 神经系统：常规物理检查，特别是病理反射征、脑膜刺激征。

第十七节　泌尿外科

泌尿外科入院记录书写的重点要求：

一、病史

一般记录要求同普通外科。泌尿外科疾病主要表现有下述几类症状应在病史中详细记录各自特点，为正确诊断提供重要依据。

1. 排尿异常

(1)尿次增加：注意发病时间，应分别记录日夜排尿次数。

(2)排尿困难：注意其程度，表现为开始排尿迟延，无力，尿线变细，尿流中断，尿潴留。

(3)排尿疼痛：注意疼痛的部位、时间，与排尿的关系。

(4)尿急、尿失禁：注意发生的时间、程度，与排尿困难、尿痛、血尿及其他症状之间的相互关系，尿失禁者有无正常排尿。

2. 尿量异常：详细记录病程中每一时期的每小时尿量或 24h 尿量，尿量改变与其他症状的关系及对各种治疗的反应。疑有肾浓缩、稀释功能异常者，须记录日夜尿量。

3. 尿成分异常

(1)血尿：注意诱发因素及持续时间；血尿程度，眼观血尿或镜观血尿；血尿在尿程中出现的时间，为尿初、全程或终末；血尿颜色鲜或暗，均匀程度如何；如有血凝块，则应询问其形态，有无腐烂组织，及血尿与其他泌尿系症状及全身症状之间的相互关系，如出血倾向、过敏反应、长期服用镇痛药、心血管疾病及高血压等病史。

(2)尿浑浊：注意浑浊出现时机及持续时间，是否伴有泌尿系其他症状，尿液久置后其浑浊有何变化，分层否，有无沉淀物及絮状物。曾否发现脓尿、结晶尿、乳糜尿。

(3)尿结石：注意结石排出的时间、次数，结石的形态、大小。

4. 疼痛：注意部位、程度、性质，发作次数及持续时间，有无牵涉及放射痛、牵涉或放射区域，疼痛诱发因素与其他症状之间的关系。

5. 肿物：发现的时间、部位、性质，生长速度，形态、大小改变，活动范围与疼痛、血尿、排尿的关系。

6. 肾功能不全征象：如尿少、尿闭、水肿、嗜睡、厌食、贫血、昏迷等。

7. 生育及性功能异常：有关婚姻、生育及性生活情况，注意遗精、早泄、阳痿与神经系统症状的关系，有无性欲亢进、性交疼痛及不能射精或血精等症状。

8. 高血压症：高血压发生的时间、进展情况、对药物治疗的反应有无高血压家庭史、其他并发的泌尿系症状及其他特殊症状。

9. 肾上腺皮质功能亢进症的异常表现：包括皮肤、毛发、体型的异常改变，性征异常，电解质代谢异常，发展变化的情况。

10. 畸形、创伤、手术史、难产史，以及生活地区、职业等，也与各种泌尿外科疾病有密切关系，应详细询问与记录。

二、体格检查

1. 肾区检查

(1)望诊:是否膨隆,有无肿物,可用图表明其大小、形态。脊柱是否弯曲,弯向何侧,有无腰大肌刺激现象。

(2)触诊:有无压痛,肾脏能否触及,注意其承受体位及呼吸的活动情况,表面光滑否,有无结节。如有肿物,应注意其硬度、活动度,有无波动感。

(3)叩诊:肋脊角有无叩击痛。

(4)听诊:剑突下有无血管杂音,杂音部位、特性及其传导方向。

2. 输尿管区检查:沿输尿管区有无肿物、压痛。

3. 膀胱区检查

(1)视诊:下腹部有无肿物,注意其大小、形态、部位及其与排尿的关系。

(2)触诊:耻骨上区有无压痛。如有肿物,应注意其界限、大小、性质,压迫时有无尿外溢,必要时于排尿或导尿后重新检查,或做双合诊检查。

(3)叩诊:是否为实音。

4. 外生殖器检查

(1)阴毛分布情况,与实际年龄、性别是否相符合。

(2)阴茎大小与年龄是否相称,有无包茎或包皮过长,尿道外口有无口径、部位异常、肿物、炎症、狭窄,有无脓性分泌物溢出,阴茎海绵体有无压痛、硬结、肿物,沿尿道有无压痛、变硬、瘘管,阴茎勃起时有无弯曲。

(3)女性患者尿道口有无炎症、憩室、肿物、分泌物,阴蒂是否肥大,有无处女膜伞等异常。

(4)阴囊内容物检查:注意两侧阴囊的大小、形态是否对称,皮肤有无炎症、增厚,与睾丸有无粘连或形成瘘管;阴囊肿大平卧后是否消失,肿物的大小、硬度及其与睾丸、附睾、精索的关系如何,

表面是否光滑，是否透光，可否还纳；睾丸大小、位置、硬度、形状、重量、感觉有无异常，附睾有无肿大、结节、压痛；精索及输精管是否变粗，有无结节及压痛；皮下环是否较正常大，有无精索静脉曲张，腹股沟有无肿物，会阴部感觉有无异常。

5. 前列腺及精囊检查：检查前排空尿液，以膝胸卧位作直肠指诊，不宜取膝胸卧位者，可取仰位或侧卧位。注意前列腺大小、硬度，有无压痛、结节或肿块，中央沟是否存在，活动度如何，有无固定感。精囊是否触及，注意其硬度及有无压痛。如有异常发现，可绘图标明其大小及部位。检查老年患者时，须防发生虚脱。

6. 肾上腺疾病及高血压病患者的有关特殊体征检查，亦应包括在泌尿外科的检查项内。

(1)观察是否呈向心性肥胖，皮肤有无紫纹、痤疮、脱发或须毛增多，有无骨骼肌萎缩及精神与情绪异常等改变。

(2)有无女性假两性畸形或男性女性化的各种表现。

(3)检查肌肉萎缩及抽搐、麻痹情况，高血压及其波动幅度，以及各种有关的神经反射。

(4)检查腹部及盆腔有无肿块，注意甲状腺有无结节或肿块。

(5)疑为肾血管性高血压者，须测四肢血压，上腹部听诊有无血管杂音。

三、辅助检查

按病情需要选择。

1. 实验室检查：三大常规、肝肾功能。

2. 放射学检查：腹部X线平片、排泄性肾盂造影、逆行泌尿系统造影、肾动脉及静脉造影、放射性核素检查等。

3. 超声检查：膀胱、肾脏超声检查等。

4. 其他检查：内镜检查、肾活体组织检查等。

第十八节　骨　　科

骨科入院记录病历书写的重点要求：

基本内容与普通外科病历相同,但注意下列各项。

一、病史

1. 起病:起病时日、缓急,有何诱因及其经过情况。

2. 外伤史:受伤时间、原因、场所及详细经过,特别注意受伤时姿势、位置、体着地或受暴力方向,有无伤口。对交通事故,尚应了解何种车辆及其载重、车速,伤后救治经过。对战伤应了解当时情况及致伤武器。

3. 症状:如疼痛(包括起因、部位、程度、持续时间及影响因素等)、跛行、肿块、畸形、关节僵硬(或挛缩)、无力、功能障碍和全身表现等。

4. 过去史:应包括外伤史、结核病史及其他感染性疾病史,以及有无长期接受药物治疗(尤其是激素类药物)史、药物反应、过敏、出血倾向等。

5. 个人史:如职业、经历及工作情况等。

6. 家族史:有无结核、肿瘤、血友病、痛风、先天性畸形及遗传异常情况等病史。

二、体格检查

专科检查应注意下列各项:

1. 望诊:患肢所呈姿势、步态,有无跛行,是否拄拐等。患部有无皮下静脉怒张、肿胀、淤斑、瘢痕、色素沉着、窦道、分泌物及其性质等。头、颈、躯干、四肢是否对称,脊柱生理弯度有何改变,肢体有无旋转、成角,各关节有无屈曲、内收、外展、内翻、外翻等畸形。并注意有无肿块及肌肉有无萎缩(或肥大)、震颤及肢体末端血情况。

2. 触诊:检查压痛部位、程度、范围,患部有无异常活动或异常感觉,如骨摩擦感、捻发感、肌腱弹跳等(新鲜骨折不宜做此检查),肌肉张力如何。有无肿块,并注意其大小、硬度、移动度、波动感、界限、局部皮肤温度等,骨突点的标志是否正常。

3. 叩诊:有无叩击痛(传导痛)。

4. 听诊:关节活动时有无异常响声、骨传音异常。

5. 测量

(1)肢体长度:测量时将双侧肢体放在对称位置以便对比。

(2)肢体周径:选择肌肉萎缩或肿胀明显之平面,测量其周径,并测量健侧对部位的周径,分别记录,以资对比。

(3)肢体轴线测量:

上肢轴线:上肢伸直前臂旋后位,肱骨头、肱骨小头、桡骨头和尺骨小头四点成一直线。上臂与前臂之轴线相交形成一向外偏的角度(10°～150°)称提携角。如向外之角度明显大于提携角,称肘外翻;反之,如向内超过上肢轴线并形成明显角度,稍肘内翻。

下肢轴线:患者仰卧或立位,两腿伸直并拢,正常时两膝内侧和两踝可同时触,髂前上棘、髌骨内侧缘与一、二趾之间连成一直线。如有膝内翻,两踝并拢时两膝之间有距离。如有膝外翻,两膝并拢时两侧内踝间有距离。

(4)关节活动度测量:观测(目测或用量角器测量),并记录被检关节向各个方向的主动与被动运动的范围与程度。每个关节从中立位到各方向运动所达之角度,并与对侧对比,同时记录。如关节在非功能位时,则应测量在该位置的活动幅度。

6. 神经系统检查详见神经内科病历书写的重点要求。

7. 各关节特殊检查

(1)脊柱检查:颈椎及腰椎活动、拾物试验、床边试验(Gaenslen征)、骨盆挤分离试、直腿抬高试验(Lasegue 征)等。

(2)髋关节检查:Thomas 征、"4"字试验(Feber 征)、站立提腿试验(Trendelenburg 试验)、Nelaton 线等。

(3)膝关节检查:浮髌试验、侧方加压试验、抽屉试验、麦氏(McMurray)征等。

(4)肩关节检查:Dugas 征。

(5)肘关节检查:Mill 征、肘后三角与 Hueter 线。

第十九节　烧　伤　科

烧伤科入院记录书写重点要求：

一、现病史

1. 烧伤发生的时间、原因与经过

(1)受伤时间(记录到时、分)。

(2)致伤原因(物)：

①热力：火焰，高温液体、气流或蒸气、固体，致伤物当时的温度是多少。

②电流：电流的强度、电压，与身体接触部位。高压电损伤身体的入口与出口部位。

③化学物质：酸、碱、磷和其他物品。其名称、浓度、剂量。

2. 入院前医疗及病情：记录创面处理情况，补液方法，抗生素及破伤风抗毒素应用情况。记录伤前健康状况，伤后有无口渴、烦躁，有无心慌、气急，其出现的时间；饮水量和性质，尿量，尿的颜色；有无恶心、呕吐及发生的次数。呕吐物的量和性质；有无意识障碍，其发生的时间。

3. 转运情况：伤员运送工具、体位、经过时间，途中主要处理情况等。

4. 记录合并外伤和/或中毒情况。

二、既往史

有无结核病、糖尿病、药物过敏史(特别是磺胺类药物)及手术史，有无心、肺、肝、肾疾患或高血压、溃疡病等。

三、体格检查

1. 记录周围循环情况：发绀、微血管充盈、肤色、手足温度、桡动脉及足背动脉搏动情况。

2. 体表烧伤面积及分布。

3. 特殊部位烧伤：记录角膜、耳郭、鼻咽粘膜、声嘶、呼吸道是否梗阻情况，手、面、会阴部烧伤。

4. 创面检查

(1)正确了解创面所在部位,有无水疱,水疱的大小,疱壁的厚薄,水疱的完整性,疱液量及性质;裸露创面的颜色、干湿度、弹性变化,有无栓塞血管,如为Ⅲ度烧伤,其焦痂的影响如何(呼吸受限,肢端循环障碍等)。

(2)创面有无异物,污染情况如何,是否有分泌物,分泌物的量、颜色、气味,创面周围有无炎症浸润,焦痂的完整性,其下有无积液、积脓;如为肉芽创面,其肉芽基本状况(清洁度、颜色、水肿等),肉芽是否平整,有无凹陷性"坏死斑"等。

第二十节 整形外科

整形外科入院记录书写重点要求:

一、现病史

1. 畸形:应了解是先天畸形还是后天畸形。先天畸形,需了解母亲妊娠期间健康状况,服药及患者产后情况,随着年龄的增长,畸形有无进展,以及对生活的影响;后天畸形需了解引起畸形的原因,随着时间的进展,有无改善或加重,对功能有无影响。

2. 创伤、慢性炎症造成组织缺损:应了解受伤时情况及慢性炎症的病因,治疗过程,治疗后随着时间的进展,组织缺损有无改善或加重。

3. 烧伤后瘢痕:应了解烧伤原因,当时烧伤的深度,创面处理情况(包括切痂植皮等),出现瘢痕后其进展如何,对功能的影响。

4. 斑痣和肿瘤:应了解发生时间、病变的进展,是否进行过手术,其病理诊断以及造成的缺损和畸形的情况。

二、家族史

1. 先天畸形:应详细了解家族中特别是父母、兄弟、姐妹有无相似畸形和其他畸形。

2. 了解有无其他遗传性疾病。

三、体格检查

1. 视诊

(1)畸形:部位(器官)、形态、范围、大小、表面色泽,对生理功能的影响,面部对表情的影响,肢体对运动功能的影响。

(2)外伤创面:部位、范围、面积、深度、深部组织暴露或缺损(骨骼、神经、血管、肌腱或肌腹)情况或肢、指缺损情况。

(3)瘢痕:部位、范围、面积、厚度、表面色泽,有无溃疡以及挛缩(线状、蹼状、片状以及关节屈曲)情况,对生理功能的影响。

(4)慢性溃疡:部位、范围、面积、深度、肉芽情况,有无深部组织(骨骼、肌腱、肌腹、神经、血管等)暴露,与正常组织间的界限。

(5)斑痣和肿瘤:部位、形态、面积、色泽,对周围器官的影响。

2. 触诊:质地、范围、活动度,与深部组织关系(骨骼、神经、血管、肌腱等),附近淋巴结有无肿大。

四、特殊记录

1. X线、CT检查和MRI检查,了解病变畸形与骨关节的关系。

2. 照相:整形外科、美容外科都需做术前、术后照相,应注意同一部位、同一光源、同一曝光条件照相,以便做术前、术后对比,了解效果。

3. 模型:对有条件的医疗单位,需做塑料、蜡型或石膏模型,作为设计治疗方案的依据和长期保存资料。

4. 对唇裂、腭裂需做发音和语态的录音或录像,作为术后的语音训练资料。

5. 绘图:对于文字描述困难的复杂畸形,可绘制简图,以利于更加直观地表达。

第二十一节 妇 科

妇科入院记录书写重点要求:

一般项目:同入院记录,家庭地址后注明联系人地址及电话

号码。

一、现病史

根据病史采集后的初步诊断应有侧重的描述。

1. 月经的变化：注意描述以往月经情况，变化的时间，相关的内分泌检查及治疗，如系闭经的患者应询问可能引起闭经的各种原因及检查情况。

2. 不规则阴道流血：因询问计划生育措施，上环的种类，服过何种避孕药或激素类药物，出血与性生活的关系，发生在月经周期的何段时间，有无停经史，有无伴随症状。

3. 腹痛：疼痛发作的时间、部位、性质，与月经的关系，是急性发作还是慢性发作，伴随症状，既往有无宫腔盆腔的手术操作史。

4. 白带异常：白带增多的时间，性状的变化，伴随症状，有无异味，是否做过相关检查及治疗、疗效。

5. 腹部包块：发现的时间；有无相关的症状，腹痛、腹胀、腹水等；月经有无改变。

6. 不孕：月经史，夫妇双方健康状况，性生活是否正常，曾做过哪些检查及治疗（内分泌、影像学及宫腔镜、通水等），男方精液及泌尿生殖系检查的情况。

二、既往史

平素的健康状况，各系统疾病的回顾，注意与此次患病有关的病史，即便是阴性者亦应重点提示。

三、手术史

手术的具体时间、术式及疗效，如系恶性肿瘤应进一步描述肿瘤的分期，是满意的瘤体减灭术，还是欠满意的。

四、输血史

血型，输血成分，有无反应。

五、个人史

1. 月经史：初潮年龄，经期天数/周期天数，经量多少。痛经有无及程度。末次月经，上次月经，绝经时间，实施计划生育后的

改变。

2. 生育史:结婚年龄、婚次、是否近亲婚配,配偶的健康状况。

婚后生育时间,足月产、早产、流产,现存子女数及性别,不良产(流产)史。手术产时间、原因、疗效,计划生育措施。

3. 询问有无冶游史。

六、家族史

着重双亲及母系家族中有无类似的病史及遗传疾病。

七、体格检查

1. 一般情况:发育中应注意身高、体重、毛发、面部及腹部等皮肤色素沉着情况。

2. 淋巴结:注意与肿瘤有关的区域淋巴结大小的描述,锁骨上淋巴结应注明大小、活动度。

3. 胸部检查:除心肺外应注意乳房、乳头的检查及有无泌乳。

4. 腹部检查:外形,有无压痛、反跳痛及肌紧张。如有肿块应注意部位、大小、形态质地、活动度,有无移动性浊音。

八、妇科检查

未婚者做肛腹诊,已婚应双合诊,三合诊同时检查(未婚一定需作阴道检查者必须征得患者及家属同意并签字)。

1. 外阴:未婚或已婚式、产式,发育情况,阴毛分布,外阴有无炎症,赘生物,畸形,阴道口有无脱出物。

2. 阴道:分泌物的性状,阴道粘膜有无病变、瘢痕、畸形、异常赘生物。

3. 宫颈:形状、大小、质地,有无糜烂(轻、中、重)单纯型、颗粒型、乳头状,有无举痛,出血。

4. 宫体:位置、大小、质地、活动度、压痛、形状。宫旁后壁,骶、主韧带是否有结节。

5. 附件:压痛、增厚、有无包块,包块的大小、质地、活动度与子宫的关系。

(检查结束可以盆腔、冠、矢状面的解剖图表示。)

九、辅助检查

1. 一般常规检查。

2. 特殊的检查、影像学检查。外院有参考价值的检查应记录。

第二十二节　产　　科

产科入院记录书写重点要求：

产科病历的一般项目、病史、体格检查与入院记录基本相同，有关本专科的重点如下：

一、现病史

1. 临床症状：腹痛开始时间，破水时间，羊水性状（清、混），羊水量（少、中、多），见红（是否）。

2. 末次月经日期，推算预产期：早孕反应与胎动开始日期。

3. 孕前、孕早期有无病毒感染如流感、风疹、肝炎等，有无长期服用镇静药、激素、避孕药，有无接触放射性或其他有害物质，有无烟酒嗜好。

4. 孕期有无先兆早产，起止时间，简要病情及治疗经过。

5. 围产期保健，高危因素如头痛、头昏、眼花、耳鸣、心悸、气急、水肿，高血压、胎位异常、皮肤瘙痒、黄疸等病情及治疗经过。

二、既往史

有无心、肺、肝、肾疾患及高血压、糖尿病、血液病等疾病；过敏史、预防接种史。

三、个人史

月经、婚姻及生育史，包括近亲结婚、足月、早产、流产（人工、自然），有无畸形儿、产伤儿、溶血症新生儿等。

四、家族史

1. 有无遗传性疾病。

2. 体格检查：神志、面容、身高、体重、体态、血压（基础血压）、水肿，甲状腺、乳房、心、肺、肝有无异常，脊柱及下肢有无畸形。

第二十三节 眼　　科

眼科入院记录书写重点要求：

一、现病史

本次疾病的发生、演变、诊断等方面的详细情况，按时间顺序书写，内容包括：发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊治经过及结果，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料。

二、专科检查

1. 视力：要求查远、近及矫正视力。

2. 光定位：要求检查上、中、下、左上、左中、左下及右上、右中、右下 9 个方向光定位，并用正、负号记录于“♯”内。

3. 辨色力：要求检查红色及绿色辨色力并记录。

4. 眼睑：要求检查是否有红肿、充血、肿块及上、下睑缘位置，睫毛位置和方向。

5. 泪器：行泪道冲洗，是否通畅或阻塞，有无溢脓及泪点情况，泪囊区有无红肿、压痛及瘘管。

6. 结膜：检查球结膜及睑结膜有无充血、瘢痕、乳头肥大、滤泡增生及睑球粘连。有无睫状充血。

7. 巩膜：有无充血、结节及黄染。

8. 角膜：检查是否透明，混浊要描述范围、深度、荧光素染色情况及是否有角膜后沉着物(KP)及性质。

9. 前房：房水是否混浊，前房有无积血、积脓，前房的深度，青光眼患者尤其要检查周边前房深度。

10. 瞳孔：检查记录瞳孔直径、形状，有无前后粘连，直接和间接对光反射。

11. 虹膜：观察颜色、纹理，检查有无充血、萎缩、新生血管、色素脱落、结节及震颤。

12. 晶状体：观察有无混浊及部位，并用正、侧位图表示，有无脱位。

13. 玻璃体:观察有无混浊、异物及前后脱离。

14. 描述眼底乳头边界颜色,生理凹陷,动、静脉直径比例,黄斑部中心反光是否存在,有无出血及渗出,并用图表示。

15. 视网膜脱离患者,详细描述视网膜隆起范围、高度,裂孔大小形状及部位,裂孔前是否有覆盖,边缘是否有卷曲,是否有视网膜出血及部位,有无视网膜及网膜下增殖条带形成及范围和部位,并用图表表示。

16. 青光眼患者要检查并记录房角情况,房角结构是否可见及可观察到的范围,滤帘是否有色素沉着,按程度分别用Ⅰ~Ⅳ表示,房角是否有粘连。

17. 青光眼患者要检查并详细记录视野情况。

18. 检查并记录眼压情况。

第二十四节 耳鼻咽喉头颈外科

耳鼻咽喉头颈外科书写重点要求:

一、现病史

1. 耳部疾病

(1)耳痛:部位、性质、程度、时间(持续性、间断性),原发性或继发性,与邻近器官关系。

(2)耳聋:发生时间(有无诱发因素),突发性、进行性、波动性,程度。

(3)耳鸣:时间(持续性、间歇性)、频率(比喻某种声音)、强度(轻:不引起烦躁;中:引起烦躁;重:影响入睡),性质表现(蝉鸣音、汽笛声、蒸汽机声、嘶嘶声、铃声等);有无基础疾病及耳毒性药物接触史。

(4)眩晕:频发、偶发;突发或缓慢起病;发作持续时间;发作时有无恶心、呕吐、神志丧失;是否随头位变化,是否伴有耳内胀满感、站立不稳、步态异常及倾倒方向。

(5)耳漏:性质(油脂、浆液性、粘液性、脓性、水样或血性),量

的多少、持续时间,有无臭味。

(6)耳瘙痒:持续时间、程度,有无诱发因素等。

(7)有无外伤史、噪声暴露史、耳毒性药物使用史、病毒感染史等。

2. 鼻部疾病

(1)鼻阻塞:单侧、双侧,持续性、交替性、间歇性或进行性加重,程度、伴随症状、近日用药史等。

(2)鼻音:阻塞性、开放性。

(3)鼻溢:性质(水样、粘液性、脓性、粘液脓性、血性、干痂);程度(少、中、多),与体位的关系,发生时间、有无诱因,发作次数及持续时间、有无伴随症状。

(4)嗅觉:减退、倒错、丧失、过敏、幻嗅,发生时间、诱因,突发性或渐进性,发生前病史、鼻腔局部症状或全身症状。

(5)鼻出血:单侧、双侧,出血部位,出血量(多、少),间歇性、持续性,频发、偶发,伴随症状、既往鼻病史、饮食习惯及全身相关疾病等(女性与月经周期关系,中老年人既往史),全身状态、有无贫血、休克等。

(6)喷嚏:发生时间、频率、程度,发作诱因,伴有其他鼻部症状,以及月经前期、妊娠期的有关鼻部症状。

(7)头痛:部位、性质、时间规律性、与体位关系,有无合并鼻出血及鼻部症状(如鼻塞、流涕等)。

(8)有无鼻外伤、出血、肿胀和骨折。

3. 咽部疾病

(1)咽痛:性质(刺痛、钝痛、烧灼痛、隐痛、跳痛、胀痛等)、阵发性或持续性、程度,是否放射至耳及颈部。

(2)咽异感:性质(毛刺、异物、堵塞、贴附、瘙痒、干燥等)、有无粉尘及有毒气体吸入史,间歇性或持续性,有无既往疾病或精神因素。

(3)发声异常:语音清晰度(声音含糊不清)、音色改变(音质与原来不一样)、打鼾等。

(4)腭咽反流。

4. 喉部症状

(1)喉痛:疼痛性质、范围及进展,有无放射性或引起吞咽痛。

(2)声嘶:程度,症状,突发、持续性或间歇性,有无先天性发育异常,有无外伤史。

(3)喉鸣:性质(吸气性、呼气性或混合性,高调或低调),间歇性或持续性,持续时间,发病缓慢或急性起病,活动后是否加重,有无外伤史。

(4)呼吸困难:类型(吸气性、呼气性或混合性)、程度、音调,是否伴有声嘶或合并喉喘鸣。

(5)吞咽困难:程度(轻、中、重),是否进行性加重,是否伴有咽部疼痛、肿胀、压迫感等。

5. 气管、食管疾病

(1)咳嗽:性质,阵发性或持续性,突发或进行性加重,是否与体位有关,有无诱发因素,异物吸入史或鲠卡史:有、无、不详。

(2)咳痰:痰液的性质(泡沫状、粘液状、脓性),气味,量多、少,痰中有无带血,持续时间,有无诱发因素。

(3)咯血:性质、量的多少,有无外伤、基础疾病史,有无鼻腔、鼻咽、口腔及下咽部出血等。

(4)胸痛:部位、程度、性质。

(5)气促或呼吸困难:类型、程度(见咽喉部疾病)。

(6)吞咽困难:轻、中、重,是否进行性加重。

(7)反呕。

(8)胸骨后烧灼感及疼痛。

(9)呕血。

二、专科检查

1. 耳

(1)耳郭、外耳道口及耳周:

①视诊:耳郭大小、形状、位置,双侧是否对称,有无畸形、局限

性隆起、增厚、红肿、触痛、耳后沟是否消失、耳后有无脓肿，耳周有无红、肿、瘘口、瘢痕、赘生物及皮肤损害。

②触诊：牵引痛，耳屏、乳突区有无压痛，指压耳屏或牵拉耳郭时疼痛是否加重；耳后肿胀有无波动感。

③嗅诊：分泌物有无臭味。

④耳聋患者言语清晰度及语音高低。

(2)外耳道：有无耵聍栓塞、真菌、异物、红肿、分泌物(性质、有无臭味)或新生物。

(3)鼓膜：鼓膜色泽、活动情况，有无穿孔(部位、大小)，鼓膜有无充血、肿胀、混浊、增厚、萎缩、鼓室积液影、瘢痕，鼓室粘膜有无充血、水肿，鼓室内有无分泌物(性质、量及是否伴有臭味)、肉芽、息肉、胆脂瘤。

(4)乳突：有无红肿、压痛、波动、瘘管、瘢痕。

(5)听力：纯音听阈试验，有条件时应行阈上听力测验、言语测听、声导抗测试、电反应测听及耳声发射测试等。

(6)前庭功能：自发性眼震检查、闭目直立试验(Romberg'st-est)、体位试验、行走试验。有条件时应行旋转试验、冷热试验及眼震电图等。

(7)面瘫征：周围性、中枢性。

2. 鼻

(1)外鼻：有无畸形、缺损、肿胀或异常隆起，前鼻孔狭窄、鼻小柱过宽、鼻梁塌陷，有无皮肤红肿、触痛。

(2)鼻前庭：有无红肿、充血、糜烂、皴裂、结痂、鼻毛脱落，有无局限性隆起、触痛；有无赘生物、乳头状瘤等。

(3)鼻甲：颜色，有无充血、苍白、水肿、肥大、干燥、萎缩，息肉样变、桑葚样变。

(4)鼻道：有无分泌物，性质(水样、粘液性、脓性、血性、痂皮)、位置，息肉，新生物(位置、表面形状、硬度、活动度、及是否易出血)，单侧、双侧。

(5)鼻中隔:有无偏曲、粘膜肥厚、糜烂、溃疡、出血、血管扩张、穿孔及其部位。

3. 咽

(1)面容及表情。

(2)口咽部:

①口腔有无出血、溃疡及肿块,咽部形态、粘膜色泽,有无充血、肿胀、隆起、干燥、脓痂、溃疡、假膜、异物等。

②软腭有无水肿、肥厚、麻痹、下塌及溃疡,有无充血、缺损、膨隆及新生物。

③悬雍垂有无偏斜、肥厚及过长。

④前后腭弓有无充血、水肿、瘢痕、粘连。

⑤扁桃体有无充血、肥大(大小按分度记录)、萎缩。

⑥隐窝口有无脓液或豆渣样物栓塞、溃疡、伪膜及新生物。

⑦咽后壁有无充血、溃疡、干燥、附痂及淋巴滤泡增生;咽侧索是否肥大。

(3)鼻咽部:粘膜有无充血、粗糙、出血、糜烂、溃疡及新生物,腺样体有无肥大,鼻咽腔有无狭窄或闭锁,咽隐窝有无变浅或消失、饱满、新生物、双侧是否对称,咽鼓管口开放有无阻塞。

(4)喉咽部:梨状窝双侧是否对称,有无积液、新生物、异物。

4. 喉:外观有无畸形、大小是否正常,位置是否居中、双侧是否对称,喉部有无肿胀、触痛、畸形及颈部淋巴结增大、皮下气肿。喉部粘膜色泽,有无充血、水肿、增厚、溃疡、瘢痕、新生物或异物残留。

(1)会厌:类型,有无充血、水肿、溃疡及新生物。

(2)室带(假声带):有无充血、水肿、增厚及新生物,运动情况。

(3)声带:有无充血、水肿、肥厚、小结、息肉及新生物(部位、范围等),运动是否对称,有无闭合不全。声带病变需绘图说明。

(4)杓状软骨:运动是否对称,粘膜有无红肿、糜烂及新生物。

5. 头颈部:颈部外形有无改变,有无充血、肿胀,有无包块(包

块的质地、大小，边界是否清楚，有无触痛，是否可以推动等）。

（1）眼球：有无突出、运动是否受限、眼震。

（2）面部：有无肿胀、肿块、畸形、口角歪斜。

（3）腮腺、下颌下腺：有无肿胀和肿块。

（4）喉软骨支架：有无膨隆或下塌，左右推动时摩擦感是否存在。

（5）甲状腺：有无肿大及包块，吞咽时是否上下活动。

（6）颈部淋巴结：有无肿大，质地、大小、部位、压痛、活动度等。

（7）气管：居中、移位。

6. 颅神经功能颅底疾病患者应查

（1）三叉神经：面部感觉有无减退，角膜反射有无消失，咬肌是否有力，颞肌是否萎缩等。

（2）舌咽神经：咽部感觉有无减退等。

（3）迷走神经：悬雍垂是否居中，软腭有无麻痹，声带运动是否受限，有无旁正中位固定等。

（4）副神经：有无胸锁乳突肌和斜方肌萎缩，耸肩是否对称等。

（5）舌下神经：伸舌有无偏斜，有无舌肌萎缩等。

第二十五节　口　腔　科

口腔科入院记录书写重点要求：

一、口腔专科病史

全身病史同一般内科病历要求，局部病史重点询问了解描述口腔、颌面和头颈部的症状。

（一）口腔颌面部感染性疾病

1. 发病时间，病情缓急，疼痛性质，病变部位，患者年龄，肿胀范围。

2. 感染的来源，可能的病原微生物，有无全身诱发因素或反复发作史。

3. 张口、吞咽、言语、咀嚼等功能障碍，尤其要关注呼吸道梗

阻、精神意识状态。

4. 肿痛的中心部位、有无全身症状，体温升高程度和热型。

5. 肿胀区域是否有波动感、压痛，皮肤色泽和肿胀性质，有无区域性感染性淋巴结肿大。

6. X线检查有无阳性体征，是否有下唇麻木和多数牙松动及叩痛，有无瘘管、溢脓、死骨形成、病理性骨折等阳性体征。

7. 关注严重并发症：如败血症、脓毒血症、中毒性休克、水与电解质紊乱、海绵窦炎、脑膜炎、脑脓肿、肺炎、肺脓肿和纵隔炎的临床特异症状。

(二)口腔颌面部损伤性疾病

1. 致伤的原因、打击力和方向、外力性质、受伤部位、伤后表现、疼痛性质和特点以及现场情况及最主要的主诉症状。

2. 受伤外力的中心部位，有无淤斑或皮下血肿，肿胀范围。

3. 创面形态，洁净度，有无污物附着，出血部位和数量，有无坏死组织存在。

4. 有无咬殆关系紊乱和骨折性质、骨段移位及异物存留；有无张口受限，运动失调；有无面神经损伤性面瘫，三叉神经损伤性麻木或疼痛以及涎瘘存在。

5. 注意有无颅脑损伤，有无恶心、呕吐、耳鼻漏及其他部位并发伤。

6. 注意有无休克症状、昏迷现象及其程度和持续时间。

7. X线摄片可明确骨折部位和性质及其移位情况，必要时可拍摄CT+3D重建，以更加精细了解骨折的相关情况。

8. 尤其要关注火器伤和灼伤的特征性临床表现。

(三)口腔颌面部肿瘤及瘤样病变性疾病

1. 发病年龄，病程长短，原发部位，肿块色泽，生长速度及其近期有无加快倾向，肿块内容和性质，有无触痛感，有无创伤史。

2. 发病属先天性或后天性，或同时伴有其他部位的特征性

改变。

3. 有无疼痛、出血、溃疡、穿刺内容液或物，病损呈结节、斑块溃疡或菜花状改变。

4. 有无鼻出血、鼻塞、脓涕、复视、下唇麻木、面瘫、颌骨乒乓球感甚或病理性骨折，活动度与神经干方向是否相关。

5. 既往手术史或其他治疗史，有无复发史，与全身疾病是否有关，有无家族史。

6. X线检查可见阳性体征。例如：透光阴影或骨质吸收、破坏等X线征象，与正常组织相异。

7. 是否有牙周炎、不良修复体，甚至异物存在；是否有压迫神经症状，有无嗜酸性粒细胞增高。

8. 有无区域性淋巴结转移或远处转移，有无体温升高、白细胞增多等肿瘤样特异改变。

9. 明确诊断须依靠病理检查，必要时要行免疫组化病理检查，以明确组织来源。

(四)唾液腺疾病

1. 时间，侧别，性别，年龄，表现，症状，口干程度，迷走部位特征。

2. 有无涎绞痛，进食后症状，导管分泌物；是否伴有结石及其继发的炎性肿块，X线有助于诊断。

3. 粘膜的色泽、质地、大小、边界和破溃后再复发症状。

4. 污染接触或感染肿胀史，潜伏期，是否双侧受累或伴全身症状，导管口有无脓性分泌物，是否伴发局部蜂窝织炎，有无反复肿胀或间隔发作史，造影是否呈病理改变。

5. 有无系统性疾病或手术史，增长时间、速度、发作性质、涎液量、B超、造影和放射性核素扫描，实验室特异检查、CT、MRI等，必要时以病检确诊。

6. 速度、发生部位、质地、周界，活动浸润度，周边组织累及，近期肿块增长，有无疼痛、麻木发生；追溯既往史，检查区域淋巴结和

肺、肾、肝、脑等易远处转移区。

（五）颞下颌关节疾患

1. 有无诱因、全身疾病或局部感染前驱、性别、侧别、病史、时间、年龄以及疼痛和感染症状。

2. 是否有关节附着区疼痛或运动受限到消失，有无咬合关系异常，髁突位置、运动异常。

3. 有无肌肉失常，是否有"扳机点"，下颌运动异常和牙列紊乱，中线偏颌与否，有无颌面瘢痕。

4. X线、造影、CT检查和实验室特殊检查。

（六）口腔颌面部神经性疾患

主要集中于三叉神经痛、面神经麻痹和面肌抽搐等疾病。

1. 年龄，病史，部位，诱因，易感时间，是否伴有精神症状，有无面部刺激史。

2. 异常感觉性质，有无"扳机点"、阳性体征、放射性和定位能力。

3. 有无间隙缓解期，是否伴有其他神经功能障碍、面部表情异常和阵发性抽搐。

（七）口腔颌面部畸形及缺损

1. 先天性或后天性，致畸原因，功能障碍，是否伴发其他部位的同因畸形。

2. 对进食、语言及呼吸功能的影响，喂养情况，后天畸形的发病和形成过程，口腔功能障碍类型、程度的诊断情况。

3. 其他原因的畸形：半侧颜面发育性萎缩或肥大，放射性损伤等疾患的临床特征性症状。

（八）口腔修复专业疾患

1. 有无各种牙体硬组织、牙列组织和相邻组织缺损，甚或上、下颌牙全部缺失的牙列缺失症状。

2. 遵循的修复原则

（1）尽量保存牙体硬组织，保护邻牙，保护牙髓组织，保护牙周

组织和边缘形态，以建立良好的抗力形和固位。

(2)恢复功能，兼顾口腔软硬组织的健康，伴有良好的固位和稳定作用以及坚固耐用的特点。

(3)人工牙与颌弓保持在正确的关系上，维持殆平面等分颌间距离和具备平衡殆的关系。

3. 牙体缺损、牙列缺损或牙列缺失的时间、造成的原因、发展的过程，以及以往是否接受过修复治疗，修复效果如何等相关问题。

(九)口腔正畸专业疾患

1. 牙殆畸形的分类标准，生长发育的评估，拔牙矫治的诊断以及正畸诊断技术。

2. 矫治器的种类和选用，常用可摘矫治器、功能矫治器、固定矫治器(包括方丝弓、直丝弓、Begg细丝弓矫治器)以及口外矫治器。

3. 错殆的矫治时机，常见错殆畸形的矫治(安氏Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ类错殆)，以及保持(常用保持器，保持时限)。

(十)口腔内科疾病

1. 牙体牙髓病

(1)龋病分类和症状。

(2)牙损伤的诊断和表现。

(3)牙发育异常的形态、质地和缺损及有关症状。

(4)牙髓病、根尖周病的分类、特征、症状和转归。

(5)牙周牙髓病的原发和继发现象，有无急性发作表现。

2. 牙周病

(1)牙龈病的范围、病因、发病年龄、诊断标准、病理分型和同青春期、妊娠期、家族性有无关联现象。

(2)有无特异性和非特异性感染。

(3)牙周炎的分型、年龄、患病率、诊断标准，以及牙槽骨吸收水平。

(4)有无逆行性牙髓炎发生，与年龄、青春期及前期是否关联，有无根分叉病变和牙周脓肿形成。

3. 口腔粘膜皮肤病

(1)局部或全身损害因素、基本临床损害的客观症状。

(2)原发或继发性，有无病损的同时存在。

(3)病损发生的时间，病损的范围、边缘、基底和伪膜等特征的表现。

(4)同时要鉴别认识有关斑疹、丘疹、水疱、大疱、脓疱、风疹、结节和肿物的原发性表现，鳞屑、糜烂、溃疡、结痂、皲裂、萎缩、瘢痕、硬化、苔藓样变和增殖的继发性损害。

二、口腔颌面专科检查

(一)一般体格检查

重点检查头颈部淋巴结、头颅、眼(包括眶距、眼睑闭合，眼球运动，结膜，瞳孔大小、形状，对光反射以及视力等)、耳(有无脑脊液耳漏、外耳道流血等)、鼻(鼻腔有无阻塞、异常分泌物及其性状)、咽喉(是否有隆起、糜烂、溃疡和新生物)等部位。

(二)颌面部检查

口腔专科检查包括颌面部、口腔软组织、颞颌关节、涎腺、颈部和牙体、牙周组织等内容。应根据主诉，有重点、有选择、有顺序地先口外后口内逐项检查记录，有关鉴别诊断的重要阴性项目也应记录。

1. 望诊：颜面表情。颌面是否对称，面上、中、下三部分的正、侧比例是否协调，有无肿胀、肿块、瘘管、畸形或缺损。如有肿块或肿胀，应注明准确的部位和所涉及的周围解剖界限以及与周围组织器官的关系和对功能影响等。面颈部皮肤之色泽、斑纹。有无色素沉着。

2. 触诊：在望诊的基础上对病变区进行进一步检查，以了解病变区皮肤温度、硬度，病变的范围和深度，有无压痛、波动感等。对口底及颌下区病变应记录双手触诊的情况。如有肿块，应注意其质地、边界、肿块直径大小、活动度以及与深部组织和皮肤的关系。有无异常搏动及压缩等。颌面骨的检查，应注意其大小、对称性、有无膨隆或缺损。对于骨肿块应检查骨质膨隆或增生的范围，骨

面有无隆起、乒乓球样感或囊性感。

3. 探诊：颌面部有瘘管、窦道时，应进行探诊检查，了解其深度、方向，是否贯通口腔，能否触及粗糙骨面或可移动的死骨块、异物等。必要时可在瘘管内注入染色剂（如亚甲蓝）或行瘘道造影，以进一步明确其走向。

4. 局部检查

（1）面颊部：面部表情变化；颜面部外形是否对称，比例是否协调，有无畸形；皮肤色泽、质地和弹性，有无瘢痕、红肿、伤口、溃烂、瘘管及新生物（记录其部位、范围、形态、质地，有无移动度、波动感、捻发音及触痛，与深部组织和表面皮肤的关系等）。

（2）唇及口角部：形态、大小，有无畸形、缺损，粘膜色泽，有无红肿、糜烂、溃疡、皲裂、脱屑、痂壳及新生物（记录其部位和范围）。

（3）上、下颌骨：有无膨隆或缺损（记录其部位和范围），骨面有无乒乓球感或囊性感；有无骨折（包括部位，开放性或闭合性，有无移位、骨擦音、异常动度、张口受限、𬌗错乱、血肿等）。

（4）头颈部淋巴结：有无肿大（部位、大小、数目、硬度、活动度），与皮肤或基底部有无粘连，有无压痛及波动感。

（三）口腔检查

口腔及其软组织检查包括口唇、颊、腭、舌及口底等部位。

1. 口腔前庭：唇、颊系带的位置，唇、颊以及牙龈粘膜的色泽；有无瘘管、斑块、网纹、溃疡或新生物，腮腺导管口有无红肿及其排出物的性质。

2. 牙齿、牙周及咬𬌗：检查牙齿形态、数目、排列情况，有无龋齿及其他牙体损害，牙结石程度，牙龈颜色、形态、质地，有无增生、肥大、萎缩、瘘管、溢脓，牙齿叩痛程度，探诊情况，牙周袋深度及范围，牙齿松动度及牙髓活力等，缺牙区创口有无及其愈合情况，余留牙咬合关系。

3. 固有口腔

（1）腭：有无红肿、溃疡、畸形、缺损；对肿块或肿胀应结合扪诊

辨别性质;有无肌肉瘫痪和腭咽闭合不全所发生的症状。

(2)舌:

①舌苔形态及颜色,舌系带位置及长度,舌体活动度,舌乳头有无增生或萎缩,感觉有无异常。

②粘膜有无皲裂、溃疡和肿块(记录其大小、范围、硬度、活动性,有无触压痛及浸润)。

(3)口底粘膜:有无充血、肿胀、溃疡或新生物,颌下腺导管口有无红肿、溢脓,扪诊有无结石等。

(四)颞下颌关节检查

颞下颌关节应注意颜面下1/3左右两侧是否对称、协调,有无明显缩短或增长,颏部中点是否居中。必要时应对下颌角、下颌支、下颌体的大小、长度用尺测量,并左右两侧比较。

1. 关节区有无红肿、凹陷、畸形,髁状突活动度有无异常,双侧活动是否对称,开闭口运动时关节有无弹响和疼痛,开口度、开口型是否正常。

2. 关节运动过程中是否出现绞锁,咬合关系是否正常,髁状突和咀嚼肌有无压痛。

3. 颞下颌关节检查:以触诊为主,注意髁状突的活动度,有无消失或过度活动弹响及摩擦感。明确弹响与张闭口的关系。关节区有无压痛及肿物等。

4. 咀嚼肌检查:双侧肌肉质地、收缩强度对比与肌肉疼痛、张闭口关系等。

5. 下颌运动:开口型是否正常,前后及侧向运动两侧是否对称、协调。下颌前伸时下前牙中线有无偏斜。下颌运动时有无疼痛,张口有无受限。若张口受限,应记录其张口度。在下颌做任何方向运动,均需注意有无弹响,并观察其弹响发生的时间、性质、次数。必要时可辅以听诊器协助。

6. 𬌗关系检查𬌗曲线、𬌗面有无磨损、是否有创伤等。异常𬌗关系情况存在时应注意牙列缺失及修复情况。对某些颌骨正畸的

患者殆关系尤其应有准确、仔细的记录。

7. 牙齿及牙周检查：牙齿的数目、形态、排列和接触关系，有无龋坏和变色等、牙龈有无充血、肿胀、增生、糜烂、萎缩和坏死，龈粘膜有无瘘管和溃疡。可探及牙周袋的深浅。牙齿龋洞的部位、深浅，有无穿髓、探痛，患牙有无明显叩击痛，根尖区是否有压痛，牙齿有松动的临床评估等。

（五）涎腺检查

1. 主要是检查腮腺、下颌下腺和舌下腺三对大涎腺，两侧是否对称，有无肿大、红肿、压痛和肿块（记录其大小、形态、质地、活动度及与周围组织的关系）。

2. 导管口有无红肿、溢脓，分泌物的量及其性状。

3. 如腮腺肿块应观察有无面瘫，软腭、咽侧壁有无突起。

（六）口腔颌面部炎症

1. 肿胀部位、波及范围、肤色、硬度，有无压痛、波动及凹陷性水肿，穿刺结果（疑有深部脓肿时），有无皮（龈）瘘（溢脓情况），病灶牙情况（有无），张口度。

2. 淋巴结有无肿大、压痛，有无呼吸或吞咽障碍，有无脱水或败血症等症状。

（七）口腔颌面部损伤

1. 损伤部位及性质，肿胀、触痛及面部畸形情况。

2. 有无骨折或异物存留（如有骨折，骨折片移位情况），有无麻木、面瘫及皮下青紫淤血，有无组织缺损（部位、大小），有无出血、感染，牙齿情况（牙折、松动、移位、脱落），有无咬殆错乱，张口度情况。

3. 有无咀嚼、吞咽、呼吸障碍，有无眼球运动障碍或复视，有无脑脊液漏，有无颅脑或其他部位损伤。

（八）口腔颌面部肿瘤

1. 生长部位及方式，大小[长×宽×厚(cm)]，波及范围（与邻近组织关系），皮肤、粘膜、牙龈情况，活动度，触痛，牙齿有无移位、

松动、脱落，咬合关系有无改变(颌骨中心性良、恶性肿瘤)。

2. 有无功能障碍(张口度、舌及眼球运动等)，有无面瘫(腮腺肿瘤)，有无下唇麻木(下颌骨中心性癌瘤)。

3. 颏下、颌下、颈部淋巴结有无肿大，其部位、大小、数目、硬度、活动度等。

(九)口腔颌面部发育性畸形

1. 唇裂:左、右或双侧，类型，唇高(健、患侧)，鼻孔大小(健、患侧)，鼻小柱是否偏斜，鼻尖及鼻翼塌陷情况，前唇部及前颌骨情况(双侧唇裂)，有无牙槽嵴裂，萌牙情况，有无身体其他部位畸形。

2. 腭裂:类型，裂隙宽度(mm)，腭咽距离(mm)，犁骨、扁桃体、增殖腺情况，咽部有无充血，发音情况，有无身体其他部位畸形。

(十)辅助检查

根据病情需要进行相关的实验室检查(如三大常规、肝肾功能、生物化学检查、各型肝炎分型、艾滋病的化验)、相关的癌胚抗原检查、X线检查、造影、CT、ECT、DSA、CTA、MRI和组织活检等。

第二十六节 皮肤性病科

皮肤性病科入院记录书写内容要求:

一、主诉

皮损发生部位、时间、主要伴随症状等，“水疱”可用于主诉。“梅毒”复查，可用疾病名称代主诉。

二、现病史

1. 疾病的原因和诱因:如饮食、职业、用药、接触化学物品、生活环境、外伤、情绪及其他内外因素等的关系。

2. 疾病的初发情况:病期、部位、损害性质、前驱症状等。

3. 疾病的发展情况:皮疹发生的先后顺序、发展速度、规律、加重、缓解或复发情况及规律。

4. 自觉症状：局部和全身。

5. 治疗情况：方法、药名、剂量、用药时间、效果及反应。

6. 传染性皮肤病应详细询问传染源、传染途径和传播方式。

三、既往史

以往有无类似病史，有无过敏性皮肤病如药疹、荨麻疹、接触性皮炎等，应详细询问过敏史，包括过敏性哮喘、过敏性鼻炎等。有无糖尿病、消化性溃疡、高血压病史。成年女性注明白带情况等。

四、个人史

包括出生地、职业、婚姻、有无疫水接触史、不良嗜好、不洁性生活史、性伴侣情况等。儿童要包括第几胎、是否足月、是否顺产、出生体重、喂养史、预防接种情况等。

五、月经史

包括初潮、行经天数、月经周期、末次月经时间，有无痛经史。

六、生育情况

有无死胎、早产、流产及娩出低体重儿或巨大儿。

七、家族史

父母身体情况，有无类似疾病史，有无近亲结婚史，有无家族性遗传性疾病史。

八、专科检查

观察皮疹应注意下列特点：

1. 部位：按解剖部位描述，也可按照暴露部位、遮盖部位、光暴露部位、伸侧、屈侧、股部、间擦部、皮脂溢出部、皮肤粘膜交界部位等描述。

2. 性质：区别是原发皮疹还是继发皮疹，是一种皮疹还是多种皮疹同时存在。

3. 形态：圆形、椭圆形、多角形、弧形、环形、不规则形等。

4. 数目：单发或多发，数目少时应直接计数。

5. 大小：用厘米或毫米表示，也可用实物比喻，如针尖、针头、

绿豆、黄豆、核桃、鸽蛋、鸡蛋大小等。

6. 色泽:除区别颜色外,应注意表面光泽度。

7. 皮肤边缘和界线:清楚、比较清楚、不清、整齐、不整齐、隆起、凹陷等。

8. 表面情况:干燥、浸渍、浸润、光滑、粗糙、平坦、隆起、中央脐窝、半球形、圆锥形、乳头状、菜花状等。鳞屑或痂的情况,油腻、脆、粘着、糠秕样、鱼鳞状、云母状及叠瓦状等。

9. 分布:全身性、局限性、单侧性、对称性,是否沿神经、血管、淋巴管走向或按皮区分布。

10. 排列:散在、融合、孤立、群集、线状、带状、环状、弧状、多弧状或不规则。

11. 基底情况:狭窄、宽阔、蒂状等。

12. 有无感觉障碍,必要时行痛、触和温觉检查。

13. 水疱内容的颜色及稀稠,浆液性或血性,透明或浑浊,疱壁厚或薄,挤压时是否容易破裂,尼氏征阳性或阴性。

14. 毛发:颜色、质地、稀疏程度、油腻程度、牵拉试验如何等。

15. 指(趾)甲:色泽、光洁度、变薄、增厚、横沟、纵嵴、顶针状凹陷。

16. 触诊:坚硬度、与周围组织关系,皮温的高低,附近淋巴结有无肿大。

17. 特殊物理检查:玻片压诊,压诊后斑疹是否消退,有无苹果酱色,皮肤划痕试验阳性或阴性,伍氏灯检查呈亮白色、棕褐色等。

18. 引流淋巴结情况:有无引流淋巴结肿大、触痛,质地、活动度。

第二十七节　肿 瘤 内 科

肿瘤内科入院记录书写内容要求:

一、主诉

手术或化疗后再入院的肿瘤患者主诉中可以使用疾病名称和

诊断性术语，或本次入院的主要不适感及时间。

二、现病史

1. 病史一般记录与一般内科及普通外科相同。对某些进行性症状，如肿块、疼痛、出血、发热、消瘦、胃纳差、腹泻，需描述持续时间；生长的速度等。对于患者近期体重明显下降以及下降的幅度均要记载。

2. 发生在体表以及表面可触及的肿块的生长速度、局部伴随症状、全身伴随症状如发热、头痛、咯血、黄疸等症状进行较详细的描述。

3. 患者手术后详细描述病理结果(原发病灶大小，肿瘤类型，肿瘤的分化程度，肿瘤侵及深度范围，淋巴结、淋巴管、血管、脉管等受累情况，切缘残留以及周围淋巴结的情况。一些相关肿瘤的分子生物学的检测情况。

4. 肿瘤化疗、放疗过程中严重的、特殊的不良反应。末次化疗、放疗结束时间及放疗剂量，化疗方案。

5. 常规评估患者有无疼痛病情，并进行相应的病历记录，在患者入院后8小时内完成。如果患者有疼痛，诊断中记录疼痛和评分。首程中记录疼痛原因、部位、性质、评分以及之前是否用过止痛药的具体描述。

三、既往史

对原发性肝癌要记载“乙肝”病史，有无输血史等。一些化疗药物发生的特殊过敏史、阿霉素应有累积剂量。

四、家族史

有无恶性肿瘤家族史及遗传病史。

五、个人史

有无放射线、有害化学元素(如砷、石棉、沥青等)接触史，大量长期吸烟、嗜酒史。

六、体格检查

按不同系统的肿瘤所对应系统的检查要求进行仔细检查，本专业体检应注意以下几点：

1. 根据患者的一般情况对其行为状况进行评分功能状态评分标准(KPS)或体力状况评分标准(ECOG 评分)。

2. 对可扪及的体表肿块、全身浅表淋巴结应进行仔细检查,并进行详细描述(肿块或淋巴结部位、大小、数量、质地、活动度、触痛,肿块表面皮肤的改变)。

(1)肿瘤的部位、大小、数量、形状、表面光滑度、质地、压痛、活动度及与周围组织器官的关系等。

(2)肿瘤所在部位,对邻近器官有无压迫、阻塞、浸润等。

(3)区域淋巴结检查,尤其是颈部、腋下、腹股沟部。

(4)常见远处转移部位的检查,如肺、肝、有局部固定疼痛的骨骼、直肠等。

3. 对胃、肠道以及盆腔的恶性肿瘤要进行肛检。

七、检验与特殊检查

除常用的实验室检查、X 线检查和病理检查外,根据病情需要,可采用 X 线各种造影术(腔道、血管、淋巴、充气等造影)以及超声波、内镜、放射性核素、CT、磁共振、液晶图像、免疫学等检查。

八、专科小结

专科检查中要记载患者:

1. 身高、体重、体表面积、KPS 评分、癌痛评分等。

2. 肿瘤的部位、大小、数量、形状、表面光滑度、质地、压痛、活动度及与周围组织器官的关系等。

3. 阳性的检验与特殊检查。

九、初步诊断

在诊断中对术后患者要应用 TNM 进行分期。

疼痛的诊断及评分。

十、病程记录

1. 住院期间对有疼痛患者进行评估并记录,在病程录中记录用药种类及剂量滴定、疼痛程度及病情变化。

2. 应记录化疗的方案及药物剂量、化疗相关的不良反应。

3. 肿瘤治疗疗效评估。

4. 穿刺记录。

第二十八节　放射肿瘤科

放射肿瘤科入院记录书写内容要求：

一、现病史

1. 手术后或放化疗后再入院的肿瘤患者，主诉项目中可以使用疾病名称和诊断性术语。

2. 围绕主诉记录从起病到就诊时疾病的发生、发展经过和具体诊治情况。需重点描述病理检查结果、既往化疗方案、放疗方案、疗效及末次放化疗结束时间。

二、既往史

有无肝炎、结核、寄生虫病、心血管病、代谢及内分泌疾病、血液病、其他肿瘤等疾病及外伤手术史、药物过敏史。

三、个人史

记录患者职业、生活饮食习惯、烟酒嗜好程度及年限、女性患者月经史及生育史，有无接触化学物质及放射线。

四、家族史

记录有无肿瘤家族史及遗传病史。

五、体格检查

对患者一般状况应进行评分。应侧重检查肿瘤相关体征及全身浅表淋巴结情况(包括部位、大小、数目、质地、移动度、有无压痛及融合等。对鼻咽癌、喉癌、宫颈癌、直肠癌等需进行专科检查并详细记录。专科检查中应记录重要的阴性体征。

六、初步诊断

能明确分期者应进行肿瘤的分期诊断。

第二十九节　介入放射科

介入放射科入院记录书写内容要求：

一、现病史

因介入放射科涉及病种繁杂，注意询问、记录与主诉相关的情况。

1. 对再次入院行介入治疗者，主诉项目中允许使用疾病名称和诊断性术语。

2. 围绕主诉记录从起病到就诊时疾病的发生、发展经过和诊治情况。

3. 对再次入院行介入治疗者，可以重点记录前次入院诊疗及其介入治疗后的情况，尤其须详细记录前次介入治疗所用化疗药的种类、剂量，介入治疗的方法、效果等。对一些重要器官进行血管栓塞、球囊扩张、支架置入等治疗，应明确记录使用栓塞剂种类、数量；使用球囊大小、数量；使用支架的大小及数量。

二、既往史

肿瘤患者应询问有无接触化学物质、放射线，有无病毒感染，有无内分泌、遗传等方面的疾病，血管病患者应询问有无高血压、高血脂、糖尿病、肢体疼痛、间歇性跛行、肢体肿胀等病史。

三、个人史

包括：出生地点、迁居地点及居住的时间；生活、饮食习惯，有无烟酒嗜好及其用量和持续的时间；职业、劳动条件及有无毒物接触史；有无重大精神病史。

四、家族史

家族成员的健康状况。如已死亡，说明死因和时间。家族有无类似疾病及遗传病史。

五、体格检查

体格检查肿瘤患者应侧重检查肿瘤相关体征及全身浅表淋巴结情况，如肿瘤的部位、大小、数量、形状、表面光滑度、质地、压痛、活动度及与周围组织器官的关系等。肿瘤所在部位：对邻近器官有无压迫、阻塞、浸润等。区域淋巴结检查：尤其是颈部、腋下、腹股沟部。常见远处转移部位的检查：如肺、肝、直肠、有局部固定疼

痛的骨骼等。下肢血管疾病患者，在专科检查中应详细记录双下肢皮肤温度、颜色，有无肿胀，软组织张力，有无静脉曲张，肢体周径等。此外，还要包括"专科情况"，其内容为患者入院后拟接受介入治疗部位的体格检查发现，局部皮肤有无感染、动脉搏动等。

六、辅助检查

1. 常用的实验室检查，相关的各种肿瘤标志物等检查。

2. 心电图、超声波、X线、CT或MRI等。

3. 病理检查。

第三十节　康复医学科

康复医学科入院记录书写内容要求：

一、主诉

促使患者就诊的最主要原因（包括主要功能障碍的致病因素、表现以及持续时间）。

二、现病史

患者本次功能障碍的发生、演变、诊疗等方面的详细情况（一般按时间顺序书写），包括：

1. 引起患者主要功能障碍的病因及诱因、功能障碍的特点、发展变化情况，以及与疾病相关的主要并发症，发病后诊疗经过及结果。

2. 患者是否接受了康复治疗，其主要经过包括核心康复治疗的内容及结果，以及功能障碍对患者的压力、日常生活和社会生活产生的影响。

3. 患者本次就诊的主要目的。

4. 与鉴别诊断有关的阳性和阴性资料。

5. 本次发病后，其睡眠、饮食、大小便、体重等一般情况的变化。

三、既往史

记录患者过去发生的与本次疾病有关联的其他疾病，以及虽与本次疾病无关，但确需治疗的其他疾病情况；了解糖尿病、高血

压病、心脏病等病史。

四、个人史

注意患者饮食习惯、生活嗜好、学历、特长、专业、工作经历、收入、地位、人事关系及工作单位的规模；有些与职业有关的疾病，应记录其工种、工种环境、毒物接触情况。

五、婚育史

了解患者婚姻状况及子女情况。

六、家族史

了解与本次疾病有关的家族性、遗传性疾病史；了解家庭成员的构成及健康状况、生活方式、经济状况；了解患者本人在家庭中承担的责任与义务。

七、心理社会史

由于病残者往往有不同程度的心理负担，因此，掌握患者的心理状态可以为有针对性的心理治疗奠定基础。

八、体格检查

一般检查：按系统顺序进行，包括生命体征、神志、精神、营养、体型、体位、步态、皮肤粘膜、浅表淋巴结、头部、颈部、胸部、腹部、脊柱四肢、神经系统。专科检查（与体格检查内容无需重复）：根据专科需要记录与本次疾病相关的阳性及阴性体征，并结合相关量表进行功能评定。如：

1. 颅脑疾患：记录脑高级功能（神志、精神、言语、认知、情绪），颅神经功能，偏瘫肢体综合运动能力评分、肌张力、感觉、关节活动范围、疼痛，平衡及协调功能，步行功能，神经反射，病理征，焦虑与抑郁评定，日常活动及社会参与能力。

2. 脊髓损伤：记录肢体运动功能（运动损伤平面及平面以下关键肌肌力，运动评分），肢体感觉功能（感觉损伤平面及平面以下关键点轻触觉及针刺觉，感觉评分），呼吸功能（胸式、腹式），膀胱与直肠功能（球一肛门反射、肛门反射，肛门指检），神经反射（损伤平面以下腹壁及腱反射），平衡功能，步行功能，焦虑与抑郁量表，日

常活动及参与能力。

3. 骨关节病:记录肢体关节活动度,肌力,肢体围度,疼痛评分,感觉障碍区,步行功能,焦虑与抑郁量表,日常活动及社会参与能力。

4. 心肺疾病:记录呼吸功能(肺功能测试、气急症状分级),运动能力(平板或功率车运动试验、定量行走评定),疼痛评分,心理评分,日常活动及社会参与能力。

九、辅助检查

按时间顺序分类记录与本次疾病相关的实验室和器械检查及结果,应注明检查医院名称、检查日期、报告的编号或片号。

十、初步诊断

包括原发病诊断、主要合并症和并发症。

十一、医师签名

有资质医师签名,并注明记录日期和时间。

第三十一节　核医学科

核医学科入院记录书写内容要求:

一、现病史

1. 因核医学涉及病种繁杂,注意询问、记录与主诉相关的情况,如:有无畏寒、怕热、乏力、多汗、易激动、心悸、食欲异常、烦渴、多饮、多尿、毛发脱落、过胖或过瘦、四肢感觉异常、肢体及关节疼痛。有无头痛、视力障碍和视野缺损。有无骨折、骨痛、肌肉震颤、痉挛、麻痹等。

2. 放射性核素治疗史,特别是核素使用情况(治疗次数及时间间隔,分次剂量及累积剂量)、治疗后的病情变化(治疗后镇痛药物的变动情况及疼痛变化等)。

3. 手术治疗情况(术式、术中所见、病理)。

4. 对恶性肿瘤应注明 TNM 分期(及分级、分层、分期)。

5. 一般情况如食欲、大小便、体重、睡眠、性格等。

二、既往史与个人史

询问有无接触化学物质、放射线、病毒感染等情况；有无内分泌、遗传、免疫等方面的内在因素；了解患者职业、生活环境、饮食习惯以及烟酒嗜好等。有无高血压、甲亢、糖尿病、肝病、心脏病、恶性肿瘤等病史及治疗情况，有无特殊嗜好（如烟、酒）及程度和年限。

有无精神创伤、过度紧张及手术、外伤史，有无结核病、高血压、肿瘤和自身免疫性疾病史。月经、婚育史有无月经紊乱、闭经及产后大出血史。

三、家族史

家族史有无类似疾病史或先天性遗传性疾病，有无恶性肿瘤、糖尿病、甲状腺疾病、侏儒症或肥胖症等病史，父母是否近亲结婚。

四、体格检查

1. 甲状腺：甲状腺是否肿大（是弥漫性还是结节性肿大），质地如何，有无压痛、震颤和血管杂音；有无甲状腺结节及结节部位等。有无甲亢眼征（检查眼球突出程度、有无眼球压力增高、眼睑下垂、眼裂增宽、球结膜充血、角膜溃疡、眼外肌麻痹等）。

2. 心肺听诊：心率、心律、有无杂音及心包摩擦音；呼吸频率、深度，两肺呼吸音。

3. 浅表淋巴结：重点检查颈淋巴结与锁骨上、下淋巴结有无肿大、触痛及活动度。

4. 疼痛部位、性质、程度、分级等。

5. 肢体骨骼及关节有无畸形，双手有无震颤，肌张力、感觉、生理反射有无异常。

6. 肿瘤的部位、大小、数量、形状、表面光滑度、质地、压痛、活动度及与周围组织器官的关系等。肿瘤所在部位：对邻近器官有无压迫、阻塞、浸润等。区域淋巴结检查：尤其是颈部、腋下、腹股沟部。常见远处转移部位的检查：如肺、肝、直肠、有局部固定疼痛的骨骼等。

五、辅助检查

1. 常用的实验室检查;相关的各种激素、肿瘤标志物等检查;血电解质及钙、磷水平测定。

2. 心电图、超声波、X线、CT或MRI等。

3. 放射性核素检查:甲状腺摄碘功能测定、唾液腺动态显像、核素肿瘤显像、全身骨显像等。

4. 病理检查。

第三十二节　急诊内科

急诊内科入院记录书写内容要求:

一、急性中毒患者病历书写要点

(一)现病史

1. 毒物的种类,侵入途径和时间,吞服剂量,是否经过相应处理。

2. 发病时间和经过,有无谵妄、昏迷、震颤、痉挛、腹痛、呕吐(呕吐物的性质、气味)、腹泻、上呼吸道刺激和喉头水肿症状,有无流涎、尿色异常、失眠、耳鸣、耳聋等,患者衣服有无药渍及气味。

3. 非生产性中毒者应注意中毒前有无进食某种食物、食物的质量以及有无可能被毒物沾染,是否集体发病;有无使用某种药物,药物的剂量和用法;中毒前后心理状况和精神状态;中毒现场有无可疑毒(药)物容器及其内容物或残留食物等。

4. 生产性中毒应重点了解毒物接触史,包括有关毒物生产、包装、搬运、保管、使用或其他方式的接触等。

(二)体格检查

1. 神志及精神状况,有无特殊表情及表现。

2. 皮肤及口唇的颜色,有无药渍及药味,有无注射痕迹;有无肌肉抽搐或痉挛;体表温度,有无皮肤出汗或脱水。

3. 血压、瞳孔大小及反应。

4. 呼吸频率、节律、气味,肺部有无湿啰音、哮鸣音;心律和心率。

二、发热患者病历书写要点

(一)现病史

1. 起病的时间、季节，起病的急缓情况、病程、程度、频度、诱因。

2. 有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。

3. 有无其他伴随症状，如有无皮疹、出血、黄疸、咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、腹痛、呕吐、腹泻、尿频、尿急、尿痛、头痛、肌肉关节痛等。

4. 患病以来的一般情况，如精神状态、食欲、体重改变及睡眠。

5. 诊治的经过，拟诊、药物、剂量、疗效等。

6. 传染病接触史、疫水接触史等流行病学资料；手术史及职业特点等。

(二)体格检查

1. 一般情况及全身皮肤粘膜检查：注意全身的营养状况，有无皮疹及皮疹类型，有无 Osler 结节、淤点淤斑、皮肤巩膜黄染、痛风石等。

2. 淋巴结的检查：注意全身浅表淋巴结有无肿大，肿大淋巴结的大小、质地、有无压痛。

3. 头颈部的检查：有无结膜充血、扁桃体肿大、外耳道异常分泌物，有无甲状腺肿大及脑膜刺激征。

4. 胸部检查：有无胸骨压痛，肺部听诊有无异常呼吸音。有无心脏扩大及新出现的收缩期杂音。

5. 腹部检查：腹部有无压痛、反跳痛及部位，有无包块，肝脾有无肿大，有无 Grey-Turner 或 Gullen 征。季肋点及肾区有无叩击痛。

6. 四肢检查：有无杵状指、关节痛，有无肌肉疼痛。

7. 神经系统检查：有无意识障碍、脑膜刺激征。

三、意识障碍待查患者病历书写要点

(一)现病史

1. 发生意识障碍的时间、诱因、起病的缓急、病程、方式及演变

过程。

2. 意识障碍伴随症状以及相互的关系，如高热、抽搐、头疼、精神症状、眩晕起病等。

3. 发生意识障碍前有无服用药物、毒物和外伤史，既往是否有类似发作，如有则应了解此次与既往发作的异同，以及患者最近情绪变化和精神因素等。

4. 发病现场和环境，了解有无未服用完的药品、呕吐物；有无特殊气味等。

（二）既往史

既往有无癫痫、精神疾患、长期头痛、视力障碍、肢体运动受限、高血压和严重的肝、肾、肺、心脏疾患，以及内分泌代谢疾病。

（三）体格检查

1. 生命体征检查：体温的变化，脉搏的快慢、呼吸节律及血压的变化。

2. 皮肤粘膜的检查：有无口唇发绀及樱红色，有无口角疱疹、皮肤巩膜黄染，有无头面部外伤、舌咬伤、耳鼻出血、脑脊液漏等。

3. 瞳孔的变化：观察瞳孔的大小、形状、位置，双侧对称性及对光反射。

4. 眼球的运动及眼底检查：有无眼球运动障碍、凝视、眼球震颤及眼球浮动。检查视神经乳头有无水肿，眼底有无出血等。

5. 检查有无脑膜刺激征。

6. 检查有无不随意运动：有无震颤、扑翼样震颤或多灶性肌阵挛，有无手足徐动症及肢体偏瘫等。

7. 检查深浅反射、病理征。

四、胸痛患者病历书写要点

（一）现病史

1. 胸痛的部位与反射痛：疼痛的位置、范围，有无体表压痛，局部有无红肿，是否有放射痛。

2. 胸痛的性质：持续性还是阵发性，胸痛持续的时间；轻微疼

痛还是剧烈疼痛;刺痛、烧灼痛、闷痛,还是压榨性疼痛。

3. 影响胸痛的因素:与精神紧张、劳累是否有关;含服硝酸甘油能否缓解;呼吸运动、进食后有无加重;体位改变疼痛有无变化等。

4. 胸痛的伴随症状:是否伴有发热、咳嗽、咯血、呼吸困难、吞咽困难、呕吐等症状。

5. 其他有关病史:有无外伤史、手术史,心脏病疾患,以及消化道基础疾病等。

(二)体格检查

1. 视诊:呼吸频率及节律、有无口唇发绀,颈静脉有无怒张,胸廓外形有无畸形,有无胸壁炎症和外伤。

2. 触诊:胸壁局部有无包块及压痛,有无浅表淋巴结肿大,有无语颤增强或减弱,有无胸膜摩擦感。

3. 叩诊:胸部叩诊有无过清音及浊音,心界有无扩大等。

4. 听诊:有无异常呼吸音,有无胸膜、心包摩擦音,有无心律不齐及病理性杂音情况及异常周围血管征。

(三)辅助检查

心电图、胸片、血常规、心肌酶学、血气分析等。

第三十三节 急诊外科

急诊外科入院记录书写内容要求:

一、创伤类

(一)现病史

1. 损伤:受伤的时间、地点,致伤的原因、性质、暴力大小,受伤时的姿势、着力点及作用方向,致伤物的种类和性质,详细经过,局部及全身症状和现场救治情况等;有无躯体被挤压的情况,有无疼痛、肿胀、伤口出血(性质和量)及功能障碍等局部症状,有无意识障碍、呼吸困难、呕吐、呕血、便血及排尿异常等全身症状;受伤后的治疗经过和效果。运动障碍或瘫痪(起病缓急、部位、肌张力的

改变，伴发症状）；昏迷（程度、起病急缓、伴随症状和可能因素）。对高处坠落伤，应记录其高处；交通事故，还应了解车辆的有关情况（车自重及载重、车速及撞车经过等）。

（二）体格检查

1. 神志、面容、肤色、呼吸及四肢末梢循环状态。

2. 损伤：部位，伤口形状、大小、深度和污染程度，伤口裸露组织的活力，有无活动性出血及异物存留，病变部位的肿胀、畸形、皮肤色泽、创面、窦道，伤口周围有无淤血、水肿和皮下积气；注意有无异常感觉（握雪感），受伤肢体的功能和血液循环情况，查压痛部位、程度、范围、深浅及放射情况，查肿块大小、硬度、光滑度、活动度、深度、与周围组织的关系、局部皮温和动脉搏动，受伤是否经过急救清创处理。

二、非创伤类

（一）现病史

1. 对腹痛患者必须鉴别有无外科急腹症存在，包括出血、感染、梗阻、穿孔、脏器破裂等情况；腹痛发生的时间、发病诱因及缓急，疼痛部位、性质（阵发性或持续性、锐痛、钝痛、绞痛、放射痛）、程度和缓解因素，有无转移性疼痛；有无呕吐及其与疼痛的关系，呕吐物的性质（胃内容物、胆汁、血液、肠内容物）、量、颜色和气味；有无食欲不振、恶心、嗳气、反酸、腹胀、腹泻、便秘、黄疸、排尿异常、血尿等；注意腹痛与发热的关系及疼痛与月经的关系。

2. 呕血和便血：颜色、性状、数量、有无伴休克等全身症状。

3. 肿块：发现时间，持续存在或间歇出现，部位、质地、形状、大小、生长速度，有无疼痛及转移性，有无其他伴随症状（消瘦、乏力、贫血、发热、腹痛、黄疸、排尿困难、血尿、便血、便秘和阴道出血等）。

（二）过去史

有无结核病、药物过敏或手术史（手术名称及术后恢复情况），既往有无类似症状及其治疗情况，有无心脏、肾脏、肝脏疾病和肠寄生虫病史。

(三)个人史

有无烟酒嗜好及其程度等。

(四)家族史

有无肿瘤及家族遗传性疾病。

(五)体格检查

1. 腹部检查:视诊(腹式呼吸、腹壁皮肤、腹部外形,有无胃肠型、蠕动波及手术瘢痕等);触诊(腹肌紧张度、压痛和反跳痛、腹部包块、肝脾等);叩诊(判断腹胀性质、积液和游离气体,有无叩痛,判断腹腔肿块的性质与脏器的关系);听诊(振水音、肠鸣音、心血管杂音)。

2. 腹部肿块:部位、大小、形状、质地、表面情况、边界、移动度、压痛和搏动,与邻近脏器的关系。

3. 直肠指检:注明体位并以时针定位法记录病变位置,有无肠腔狭窄、包块、触痛,注意指套有无染血等。

第三十四节 重症医学科

重症医学科入院记录书写内容要求:

一、现病史

1. 呼吸系统症状:对咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等呼吸系统常见症状的特点及其发展演变过程应重点详细地询问描述,下列症状应重点询问:

(1)咳嗽:咳嗽应询明时间、诱因、频率、性质(干咳或有痰)及持续时间与体位关系等。

(2)咳痰:痰的性质(浆液性、粘液性、粘液脓性、白色泡沫状、血性等)、量和气味。

(3)咯血:咯血的诱因、量、颜色与持续时间,伴随症状,既往咯血情况及有无窒息等。

应注意与呕血及口咽、鼻腔出血等相鉴别。

(4)胸痛:起病缓急,出现的时间、部位及性质,胸痛的发展及

影响因素（如胸痛和血压的关系），特别注意有无心脏疾病、肺及胸膜疾病及胸部手术史。

（5）呼吸困难：起病缓急、可能的诱因、出现的时间、发作特点及受限程度（如登楼、平地行走或静息时呼吸困难），缓解方法及是否伴有喘鸣及既往发作情况等，如心肺复苏后，应注意询问呼吸和循环停止的先后顺序。

（6）发病以来的诊治经过，应用抗生素的种类、具体剂量及疗效均应尽量详细具体，既往有无 ICU 住院病史。化验检查的结果及演变（包括肺功能、血气分析等）、影像学检查结果及诊断意见应详细准确记录。如为外院经 120 等转运至，应注意循环转运途中生命体征变化情况。

2. 心血管系统症状：常见症状有心悸、胸痛、呼吸困难、水肿、发绀、咳嗽、少尿、咯血、头痛、头昏或眩晕、昏厥和抽搐等，多数症状并非心血管病所特有，要仔细地进行鉴别，下列症状应重点询问：

（1）胸痛：发生的时间、部位、性质、程度、放射部位、持续时间，发作频度、诱发因素及缓解方式，发病年龄及伴随症状，有无恶心、呕吐症状等。

（2）呼吸困难：发生的诱因、好发时间、起病的快慢，有无夜间阵发性呼吸困难，与活动、体位的关系，是否伴有咳嗽和咯血（或粉红色泡沫痰）等。

（3）水肿：初始出现水肿的部位、急缓、演变情况、是否凹陷性、与体位变化及活动的关系，体重与尿量的变化，利尿剂使用情况，水肿与药物、饮食、月经及妊娠的关系等。

（4）昏厥：发作的诱因，发作与体位的关系、与咳嗽及排尿的关系、与用药的关系；晕厥发生的速度、发作持续时间、发作时面色、血压及脉搏情况；了解昏厥前是否伴有心悸，发生昏厥后是否伴有两便失禁或四肢抽搐，以往有无中枢神经系统疾病史（如脑缺血等）或心血管疾病史（如心瓣膜病或肥厚型心肌病等）既往有无相同发作史及家族史等。

(5)发绀:发病年龄与性别,发绀部位及特点,发病诱因及持续时间等。出生时即有发绀或劳累后发绀,有无杵状指(趾)。

特殊治疗和检查情况也应详细记录,包括:目前药物应用情况,如强心药、利尿药、抗心律失常药、扩血管药和降压药的药名、剂量、疗程、用法及疗效等;心血管手术(如瓣膜置换术等)及介入治疗(如经皮冠状动脉腔内成形术等)的情况;做过的特殊检查如胸透或胸片、心电图(包括运动试验、24 小时动态心电图)、电生理检查、超声心动图、心导管检查、心脏 CT 或磁共振等。

3. 神经系统症状:神经系统的病史采集有其特殊性,要弄清就诊者所诉主要症状,尤其是首发症状的含义和表现,弄清症状发生的先后次序及发展演变,理顺病史过程、伴随症状及其相互关联,重点应询问下列症状:

(1)头痛:头痛的部位、时间、性质、程度、持续性还是发作性,加重或减轻的因素,头痛与疲劳、用脑、情绪、月经、睡眠、外伤等有无关系;有无呕吐(尤其是喷射性)、眩晕、耳鸣等伴随症状。

(2)抽搐:最初起病年龄、发作时间、频率,发作情况(全身性、局限性),有无先兆、诱因,发作时意识,伴随症状(有无眼、颈、躯干向一侧旋转;有无跌伤、舌咬破、尿失禁等),间歇期情况,发作后能否记忆,过去相关治疗情况、效果及副作用等。

(3)昏迷:起病缓急、程度轻重、持久或短暂性,有无感染、中毒等诱因,有无内分泌和代谢系统疾病以及水电解质酸碱平衡情况。

(4)瘫痪:起病缓急、部位、程度、发展过程,肌力变化情况(有无晨轻暮重等情况)及伴随症状(发热、疼痛、麻木、括约肌功能障碍、意识障碍等)。

(5)发热:发病前有无发热及其变动规律,发热是在疾病早期还是在病程中,发热和昏迷的先后关系。

(6)营养状况:全身营养状况的评估,发病前后有无消瘦、肌肉萎缩等情况。

4. 其他:如涉及其他相关科室,应参照具体情况加以完善。

二、既往史

详细询问各系统疾患及其治疗史，应注意该病与目前疾患的关系，如尚未治愈应在现病史中记述。有无结核病史和疫苗接种史，有无过敏性疾病(如过敏性鼻炎、荨麻疹)及可能引起哮喘的因素(包括食物、药物等过敏原)。注意疾病史的治疗情况，如高血压及糖尿病的控制情况。有无代谢及遗传性疾病，有无糖皮质激素长期治疗史。有无自身免疫性疾病史。有无疫区接触史，有无长期服药史，服药种类、剂量等。

三、个人史

职业、工种及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，居住环境及有无吸烟史(包括每日吸烟量、吸烟年限、戒烟及被动吸烟情况等)。

四、家族史

父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

五、体格检查

1. 一般状态：意识(清醒、嗜睡、昏睡、模糊、谵妄状态、朦胧、漫游性自动症、浅昏迷、中度昏迷、深昏迷等)。

2. 皮肤、粘膜有无黄染，有无淤斑、淤点，有无毛细血管扩张、蜘蛛痣、肝掌、色素沉着；有无浅表淋巴结特别是左锁骨上淋巴结肿大；有无腮腺、甲状腺肿大等。

3. 胸部：应作为重点详细检查，肺部的阳性和重要的阴性体征均应逐项具体记明。

(1)胸壁检查：包括有无胸壁静脉曲张及血流方向、局部有无压痛。两侧外形是否对称，肋间隙宽窄，有无桶状胸，有无隆起或凹陷或其他胸廓畸形(脊柱前、后、侧畸形)；注意呼吸活动时胸廓活动的情况。

(2)肺部检查：应注意上下、左右、前后的对比检查。

①视诊：呼吸运动的频率、节律、强弱及两侧是否对称，吸气性

或呼气性呼吸困难。

②触诊:语颤强弱,有无胸膜摩擦感,有无捻发感或握雪感。

③叩诊:叩诊音的性质(清音、浊音、实音、过清音或鼓音)与部位,肺下界等。

④听诊:呼吸音性质、音调和强度,有无异常的气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音,有无干湿啰音,特别要写明啰音的部位、大小、性质,是否随深呼吸或咳嗽等动作而改变;有无胸膜摩擦音和语音传导改变。

4. 与呼吸系统有关的全身检查结果应突出重点加以记录。如呼吸困难者应记录神志状态,有无发绀、“三凹征”和鼻翼煽动等;肺心病患者应注意有无剑突下搏动、心界大小、心音及杂音情况;球结膜是否充血水肿,口唇有无发绀。颈部气管是否居中,颈静脉充盈、肝颈静脉回流征、肝脏大小及下肢水肿情况;有无指、趾端发绀情况及杵状指、趾等。

5. 心脏及血管检查

①望诊:有无胸廓畸形,心尖搏动或心脏搏动的位置、范围和强度。

②触诊:有无心尖或心前区(或胸骨)抬举样搏动感,心尖有无异常搏动;心尖搏动的位置、强度,有无震颤(部位、期限)或摩擦感。

③叩诊:心脏浊音界的大小。

④听诊:心率,心律,心音(包括强度、正常分裂、心底部第2心音固定分裂或逆分裂、P_2 与 A_2 的比较、额外心音、奔马律),杂音(部位、性质、时期、强度及传导方向)和心包摩擦音。

脉律及脉率,有无肝颈静脉回流征、毛细血管搏动征,有无脉搏短细,有无水冲脉、交替脉、奇脉,有无脉搏缺如(桡动脉或足背动脉),有无动脉枪击音,测量血压(必要时测量下肢血压)。

6. 腹部检查:为检查的重点

(1)望诊:腹部外形(平坦、膨隆或凹陷),呼吸运动,有无皮疹、

瘢痕、色素、腹纹、腹部搏动等，有无腹壁静脉曲张及血流方向，有无胃肠蠕动波以及疝，腹围测量。

(2)触诊：腹壁紧张度(柔软、柔韧或紧张)，腹部压痛部位(局限性或弥漫性)有无反跳痛，腹部有无肿块(部位、大小、形态、硬度、压痛、搏动、移动度)液波震颤及振水音；肝脾是否肿大、压痛、形状，表面有无结节，质地(软、中、硬)，边缘(锐、钝)；胆囊大小、形态、压痛情况。

(3)叩诊：肝浊音界，肝区叩击痛，有无移动性浊音。

(4)听诊：肠鸣音(正常、增强、减弱、消失)，腹部有无振水音、血管杂音。

7. 感觉

(1)浅感觉：正常、减退、消失、过敏及其部位。

(2)深感觉：运动觉、音叉振动觉和关节位置觉(正常、减退、消失)。

(3)复合感觉：实体觉、形体觉、两点辨别觉、图形觉。

8. 反射

(1)浅反射：腹壁反射(上、中、下)、提睾反射、肛门反射(左右)。

(2)深反射：肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射、尺骨骨膜反射、膝腱反射、跟腱反射及阵挛(左右)。

(3)锥体束征：Hoffmann 征，Rossolimo 征，Babinski 征，Chaddock 征，Oppenheim 征，Gordon 征。阳性以(+)表示，阴性以(—)表示，并注明左右。

9. 脑膜刺激征：有无颈部抵抗、Kernig 征、Brudzinski 征。

10. 自主神经系统功能检查：皮肤颜色、温度，有无脱屑，指甲有无枯脆弯曲，皮肤划纹(白色、红色)，有无多汗、少汗或无汗及分布情况，膀胱、直肠机能(大小便失禁或潴留等)。

11. 脑神经：注意左右对比。

12. 其他：如涉及其他相关科室，应参照具体情况加以完善。

六、辅助检查

根据病情需要选择。

1. 实验室检查：血液（常规、生化、血气等）检查、尿检查、痰液和胸液（细胞学、细菌学）检查、免疫学检查及病原学检测等。

2. 胸部 X 线检查：是必不可少的，可行胸部正侧位摄片，同时对胸部及胸膜病变的部位、形态与性质及病变进展等做具体描述并注明日期。

3. 脑脊液：常规、生化及特殊检查（细胞学检查、蛋白电泳、免疫球蛋白、细菌、真菌等）。包括腰椎穿刺初测压力（mmH_2O），脑脊液裸眼所见表观。

4. 神经放射学检查：头颅 CT、MRI、脑血管造影（颈动脉、椎动脉及全脑血管造影）、ECT、MR 等。

5. 电生理检查：脑电图、脑血流图、脑诱发电位、肌电图、神经与肌肉电刺激检查。

6. 血管检查：全身血管检查（B 超、动脉造影等）。

7. 特殊病原学检查：如新型布尼亚病毒、无形体、乙脑病毒、流脑病毒、钩端螺旋体、猩红热病毒等检测（可送 CDC）。

8. 各种毒理学检查，中毒药物的血药浓度学监测等。

9. 其他：超声检查、呼吸功能测定、放射性核素等。

七、全身重要脏器功能评估

1. 循环：相关重要影像学检查及实验室检查；基础血压情况；目前血压情况，是否使用血管活性药物，血管活性药物的种类及单位时间计量。

2. 呼吸：相关重要影像学检查及实验室检查；是否需要机械通气，人机协调情况；呼吸机模式及相关参数；动脉血气情况。

3. 肾脏：相关重要影像学检查及实验室检查；入院前每日尿量；是否使用利尿剂，以及使用类型和计量，全身水肿程度；是否需行肾脏替代治疗。

4. 肝脏：相关重要影像学检查及实验室检查；是否存在肝性

脑病。

5. 胃肠:相关重要影像学检查及实验室检查;有无上消化道出血;24小时出血量,胃肠蠕动是否消失及是否有消化道坏死、穿孔。

6. 血液:相关重要实验室检查,是否存在DIC。

7. 代谢:重要实验室检查,是否使用胰岛素,骨骼肌有无萎缩或无力。

8. 中枢神经:格拉斯哥评分情况。

第三十五节　老年医学科

一、老年呼吸内科病历书写内容要点

(一)现病史

1. 老年患者往往病程长,要写明疾病迁延时间,是否有其他因素造成吞咽不畅、呛咳等。有用药史者应问清,以排除药物因素所致症状,而且老年人肺部感染往往起病隐袭,表现为非特异性健康状况恶化如意识下降、乏力等,应注意询问。

2. 咳嗽:老年人往往呼吸道慢性疾病,长期咳嗽史,要注意询问。咳嗽的时间长短,近期有无痰量增多,咳嗽性状改变。

3. 胸痛:老年人往往对疼痛定位不准确,应仔细检查,并排除反流性食道炎所致胸痛。

(二)既往史

有无肺部慢性疾病史,手术史,放化疗病史,有无与肺部疾病相关的用药史。

二、老年心内科病历书写内容要点

(一)现病史

1. 胸痛:老年人对疼痛的感知往往比较迟钝,特别是糖尿病患者要仔细询问病史并与肋间神经痛及返流性食管炎所致胸痛鉴别。

2. 水肿:若有尿量减少应注意询问每日液体入量,与血容量不足造成的少尿鉴别。

3. 头昏、晕厥：老年人往往同时有脑血管疾病，应注意鉴别脑血管疾病所致头昏、晕厥。

4. 老年人有时记忆情况不准确，最好索取平时服药单或询问照料者。

（二）既往史

有无心脏方面的慢性疾病史，手术史，放化疗病史，有无与心脏疾病相关的用药史。

三、老年消化内科病历书写内容要点

（一）现病史

1. 食欲情况：老年人常有因认知障碍和脑血管疾病所致吞咽困难、食欲不振、进食呛咳，应注意鉴别。

2. 烧心、嗳气、返酸：老年人常有心肺疾患，应注意与心绞痛、胸膜病变所致胸部不适、胸痛鉴别。

3. 腹胀：老年人常因胃肠功能减弱而致排便不完全，慢性便秘造成腹胀，腹部包块，应注意询问病史以鉴别。

4. 注意有无伴发神经系统症状或原有神经系统症状加重，以排除脑血管意外所致恶心、呕吐。

5. 注意询问有无慢性胆道、胰腺病史，肿瘤史。

（二）既往史

有无消化系统方面的慢性疾病史，手术史，放化疗病史，有无与消化系统疾病相关的用药史。

四、老年肾脏内科病历书写内容要点

（一）现病史

1. 水肿：老年人下肢静脉回注功能降低，应注意鉴别静脉回注功能障碍所致下肢水肿，有些药物也会引起水肿，如钙离子拮抗剂，应注意排除药物所致。

2. 尿路刺激症状：老年人多有前列腺增生症导致的排尿异常，应注意询问病史以鉴别。

3. 老年人常有心脏疾患，应注意询问，以排除心功能不全所致

尿量减少。

4. 老年人多有服药史，应注意询问，特别是一些中药制剂。

(二)既往史

有无泌尿系统方面的慢性疾病史，手术史，放化疗病史，有无与泌尿系统相关的用药史。

五、老年血液病科病历书写内容要点

(一)现病史

1. 老年人血液病往往起病缓慢，症状不明显，可能仅有一般性疲倦乏力，头晕、耳鸣又易与脑血管疾病混淆，有时还可能伴有一些神经、精神症状，如反应迟钝，精神恍惚等，应仔细询问。

2. 老年人常因咀嚼功能障碍影响进食，故应仔细询问进食情况及食物种类。

3. 老年人常有一些慢性病，特别是慢性感染，可能与血液病有关。肿瘤如多发性骨髓瘤、淋巴瘤等也可能是血液病的原因。

(二)既往史

有无血液系统、消化系统方面的慢性疾病史，有无手术史，放化疗病史，有无与血液系统、消化系统疾病相关的用药史。

六、老年内分泌科病历书写内容要点

(一)现病史

由于激素作用的广泛性，内分泌疾病的临床表现变化多端，可累及全身各个系统，给诊断带来困难。老年人由于机体各脏器功能逐渐减退，对激素异常的反应性下降，所以老年人内分泌疾病表现隐匿、不典型且易与其它疾病混淆，使诊断更加不易，所以在询问病史时应更加认真仔细。

1. 垂体方面：老年人由于激素分泌亢进所致疾病少见，垂体功能低下致老年人发病常是慢性过程，疾病易与老化现象相混淆，易被漏诊。主要原因为肿瘤、血管损害或炎症，如垂体瘤在老年人常常被忽视，故应仔细询问病史及既往体检结果。

2. 甲状腺方面：老年人甲亢多表现为精神淡漠，食欲不佳，消

瘦,心房纤颤,腹泻等,应注意与其他慢性疾病相鉴别。

3. 胰岛方面:

(1)老年人糖尿病发病率随年龄上升,但往往症状隐匿,无明显“三多一少”症状,大多以餐后血糖升高为主,应注意询问以免漏诊。

(2)老年人低血糖可能无明显心悸、出汗等,而表现为脑功能障碍,昏迷甚至诱发心绞痛,心梗,应注意询问以避免误诊为其他疾病。

(二)既往史

有无内分泌系统的慢性疾病史,手术史,放化疗病史,有无与内分泌统疾病相关的用药史。

七、老年神经内科病历书写内容要点

(一)现病史

首发症状:老年人神经系统和全身反应迟钝,患病初期常缺乏典型的症状和体征。有时仅表现为精神症状如嗜睡和谵妄,易误诊,询问病史时应注意鉴别。

(二)既往史

老年人有些神经系统疾病起病缓慢而隐匿,病程长,而且老年人记忆力下降,感觉迟钝,症状的表现不明显,应仔细询问及检查,以免漏诊。

八、老年精神科病历书写内容要点

(一)现病史

病情演变

排除症状:老年人常有不同程度的认知功能障碍,如记忆力下降,注意力欠佳等。若发现有定向力障碍或思维表达困难,应进一步检查是否有痴呆,以区别是功能性障碍还是脑器质性病变。

(二)既往史

有无神经系统、精神方面的慢性疾病史,手术史,放化疗病史,有无与神经、精神方面疾病相关的用药史。

附:各专科入院记录书写格式

一、内科入院记录书写格式

____________医院

内科入院记录

姓名:　　　科别:　　　床号:　　　住院号:　　　病区:

姓名:　　　　职业:
性别:　　　　工作单位:
年龄:　　　　住址:
婚姻:　　　　供史者:　　　　可靠程度:
出生地:　　　入院时间:　年　月　日　时　分
民族:　　　　记录时间:　年　月　日　时　分

病　史

主诉:______________________________
现病史:____________________________
既往史:一般健康状况:良好　一般　较差
疾病史:无　有________________________
传染病史:无　有______________________
预防接种史:无　不详　有　预防接种疫苗____________
手术外伤史:手术:无　有　手术名称及时间____________
　　外伤:无　有　外伤情况及时间____________
输血史:无　有　输血时间__________输血反应__________
药物过敏史:无　不详　有　过敏药物名称及过敏情况__________
个人史:经常居留地____________疫水接触史__________
　　吸烟史:无　有　平均__支/日,时间__年,戒烟:否　是　时间______
　　饮酒史:无　有　平均__克(两)/日,时间__年,戒酒:否　是
　　　时间__________
毒品接触史:无　有　毒品名称________时间________给药方式________
月经史:____________________________
婚育史:____________________________
家族史:____________________________

体格检查

T______℃ P______次/分 R次______/分 血压______mmHg

一般情况: 发育:正常 不良 超常

营养:良好 中等 不良 恶病质

身高________cm 体重________kg

表情:自如 其他________________ 检查合作:是 否

体型:无力型 正力型 超力型

步态:正常 不正常

体位:自动体位 被动体位__________________________________

神志:清楚 嗜睡 模糊 昏睡 浅昏迷 中度昏迷 深昏迷 谵妄

皮肤粘膜: 色泽:正常 苍白 潮红 发绀 黄染 色素沉着 其他

皮疹:无 有________________ 皮下出血:无 有_____________

肝掌:无 有________________ 蜘蛛痣:无 有__________

其他:____

淋巴结: 浅表淋巴结肿大:无 有______________________________________

头部: 头发分布:正常 异常________ 其他:__________________________

眼:正常 异常____

瞳孔:等大等圆 不等(左__mm 右__mm) 对光反射:正常 异常__

耳:外耳道异常分泌物:无 有________ 乳突压痛:无 有__________

听力障碍:无 有____

鼻:鼻翼煽动:无 有 异常分泌物:无 有____ 鼻窦压痛:无 有

口腔:唇:正常 异常________ 粘膜:正常 异常__________________

舌:正常 异常________ 齿:正常 异常____________________

齿龈:正常 异常______ 扁桃体:正常 异常________________

咽:正常 异常____

颈部:颈项强直:无 有________ 下颌距胸骨________cm

颈静脉:不显露 充盈 怒张

颈动脉:搏动正常 搏动增强 搏动减弱

肝颈静脉回流征:阴性 阳性 颈部血管杂音:无 有________

气管:正中 偏移(左/右) 甲状腺:正常 异常________________

胸部: 胸廓:正常 畸形____

乳房:正常　异常________　胸骨叩痛:无　有________________________

肺:视诊:呼吸运动:正常　异常____

　触诊:语颤:正常　异常____

　　　胸膜摩擦感:无　有____

　叩诊:正常清音　异常____

　听诊:呼吸音:正常　异常____

　　　啰音:无　有____

　　　语音传导:正常　异常______________________________________

　　　胸膜摩擦音:无　有____

心:视诊:心前区隆起:无　有____

　心尖搏动:正常　异常____

　心尖搏动位置:正常　移位(距左锁骨中线　内__ cm　外__ cm)

触诊:心尖搏动:正常　抬举性　负性搏动

　震颤:无　有____

　心包摩擦感:无　有____

叩诊:心脏相对浊音界:正常　异常________________________________

右	肋间	左
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

(前正中线距锁骨中线______ cm)

听诊:心率____次/分　心律:整齐　不齐　绝对不齐

　过早搏动:无　有____

　心音:正常　异常____

　　杂音:无　有

　　　(部位　时期　性质　强度　传导　影响因素)______

　心包摩擦音:无　有____

　周围血管征及其他:无　有　枪击音　Duroziez 双重杂音

　　　　　毛细血管搏动征

　　　　　奇脉　交替脉　水冲脉　脉搏短绌

其他：________________

腹部：视诊：外形：正常　膨隆　凹陷________________

手术瘢痕：无　有________________

触诊：全腹柔软　腹肌紧张________________

压痛：无　有________　反跳痛：无　有________________

腹部包块：无　有________________

肝脏：未触及　触及　肋下____ cm　剑突下____ cm　质地_____

表面________　边缘________　压痛________________

胆囊：Murphy 征：阴性　阳性　其他：________________

脾脏：未触及　触及________________

肾脏：未触及　触及________________

叩诊：肝浊音界：正常　异常________________

听诊：肠鸣音：正常　亢进　减弱　消失　气过水声：无　有__________

直肠肛门：未查　正常　异常________________

外生殖器：未查　正常　异常________________

脊柱：正常　异常　畸形________________

四肢：正常　异常　关节红肿________　关节强直________________

杵状指(趾)________________

Osler 结节________　Janeways 结________　肌肉萎缩________

其他___________

神经系统：正常　异常________________

专科情况

____

____

辅助检查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

____

____

初步诊断：________________

医师签名：________________

年　月　日　时　分

入院诊断：

医师签名：

年　月　日　时　分

二、神经内科入院记录书写格式

__________医院

神经内科入院记录

姓名：　科别：　床号：　住院号：　病区：

姓名：　职业：
性别：　工作单位：
年龄：　住址：
婚姻：　供史者：　可靠程度：
出生地：　入院时间：　年　月　日　时　分
民族：　记录时间：　年　月　日　时　分

病　史

主诉(代主诉)：__________

现病史：__________

既往史：一般健康状况：__________

高血压：无　有______　脑卒中：无　有______
糖尿病：无　有______　心脏疾患：无　有______
高脂血症：无　有______　睡眠呼吸暂停：无　有______
外伤史：无　有______
手术史：无　有______
输血史：无　有______
药物过敏史：无　有(药物名称)______
预防接种史：______
其他疾病史：无　有______

个人史:吸烟史:无　有(量与时间)________________

饮酒史:无　有(量与时间)________________

吸毒史:无　有(品种、量及时间)________________

寄生虫疫水接触史:无　有________________

冶游史:________________

婚姻史:________________

月经史:________________

生育史:________________

其他:________________

家族史:无　有________________

体 格 检 查

T ___℃　P ___次/分　R ___次/分　BP(左、右)___ mmHg、____ mmHg

一般情况:发育:正常　不良　营养:好　中　差

皮肤粘膜:红润　温暖　苍白　厥冷

压疮:无　有(分布________)　水肿:无　有(分布________)

皮疹:无　有(分布________)

全身浅表淋巴结肿大:无　有(分布________)

头颈部:五官形状:正常　畸形　气管偏移　无　有(左　右)

甲状腺肿大:无　有　其他:________

颈部血管杂音:无　有(左　右)

胸部:胸廓畸形:无　有　呼吸运动:________

呼吸音:清晰　粗糙　干啰音　湿啰音　部位____________

心率:____次/分　节律:齐　不齐　病理性杂音:无　有

腹部:肝脾肿大:无　有　腹部包块:无　有

腹部压痛:无　有　反跳痛:无　有

肛门及外生殖器:无异常　未查　异常　脊柱四肢:正常

异常周围血管情况:正常　异常

神经系统检查:意识:清楚　嗜睡　昏睡　浅昏迷　中度昏迷　深昏迷　意识模糊　谵忘　其他:________________

定向力:正常　障碍(时间　地点　人物)

计算力:正常　减退

记忆力:正常　减退(远记忆　近记忆　瞬间记忆)

左右利手:左　右

语言功能:正常　失语(感觉性　运动性　混合性

其他________)

脑神经:Ⅰ嗅觉:正常　异常　Ⅱ视力:正常　异常

视野:正常　异常　眼底:正常　异常

Ⅲ　Ⅳ　Ⅵ　上睑下垂:无　有(左　右)　眼裂:等大　不等大

瞳孔大小:等大　不等大　左____ mm　右____ mm

形状:圆　不圆

直接光反射:正常(左　右)　迟钝(左　右)　消失(左　右)

间接光反射:正常(左　右)　迟钝(左　右)　消失(左　右)

眼球位置:正常　异常　眼球运动:正常　异常

Ⅴ面部感觉:正常(左　右)　异常(左　右)

运动:下颌偏向:无　有(左　右)

颞咬肌萎缩:无　有(左　右)

咀嚼肌力:左:正常　无力　右:正常　无力

角膜反射:正常　迟钝(左　右)　消失(左　右)

Ⅶ皱额:正常　额纹变浅(左　右)　额纹消失(左　右)

闭目:正常　受限(左　右)　不能(左　右)

鼻唇沟:对称　浅(左　右)　示齿:正常　不能

口角偏向(左　右)

Ⅷ听力:正常　减弱(左　右)　丧失(左　右)　耳鸣:无　有(左　右)

眩晕:无　有　眼球震颤:无　有

Ⅸ　Ⅹ　发音:正常　构音障碍　有　无　声音嘶哑

吞咽:正常　困难　鼻饲

软腭运动:正常　减弱(左　右)　不能(左　右)

咽反射:正常　减弱(左　右)　消失(左　右)

咽感觉:正常　异常(左　右)

Ⅺ转颈:正常　无力　肌萎缩　耸肩:正常　无力　肌萎缩

Ⅻ伸舌:正常　受限　偏斜(左　右)　舌肌萎缩:无　有(左　右)

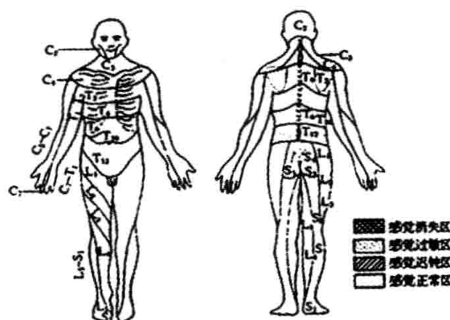
感觉功能:浅感觉:痛觉(减退　消失　过敏);温度觉(减退　消失　过敏);触觉(减退　消失　过敏)

深感觉:关节位置觉(正常　减退　消失);振动觉(正常　减退　消失);运动觉(正常　减退　消失)

皮层感觉:正常　异常

Laseque 征:左(－　＋);右(－　＋)

神经干压痛:无　有(部位____________________)



四肢肌力

	上肢		下肢	
	近端	远端	近端	远端
左				
右				

轻瘫试验:上肢平伸试验:左(－　＋);右(－　＋)

分指试验:左(－　＋);右(－　＋)　Mingazini 试验:左(－　＋);右(－　＋)

Barre Ⅰ **试验:**左(－　＋);右(－　＋)

Barre Ⅱ **试验:**左(－　＋);右(－　＋)

肌肉萎缩:无　有(部位____)　肌束震颤:无　有(部位____)

不自主运动:无　有(种类____部位____程度和频度:____)

共济运动:指鼻试验:右(正常　摇摆　不准　过度);

左(正常　摇摆　不准　过度)

跟膝胫试验:右(正常　摇摆　不准);

左(正常　摇摆　不准)

快复轮替试验:右(不协调　笨拙　缓慢);

左(不协调　笨拙　缓慢)

闭目难立征:睁眼(正常　摇摆不稳　倾倒)

闭眼(正常　摇摆不稳　倾倒)

步态:正常　画圈样(右　左)

跨阈样(右　左)　剪刀样　慌张样　醉汉样　鸭步

反射:(—消失　±迟钝　+正常　++活跃　+++亢进)

浅反射:腹壁反射:正常(右　左);消失(右　左)

提睾反射:正常(右　左);消失(右　左)

足跖反射:正常(右　左);消失(右　左)

深反射:桡骨膜反射:右(　);左(　);

肱二头肌反射:右(　);左(　)

肱三头肌反射:右(　);左(　)　膝反射:右(　);左(　)

踝反射:右(　);左(　)

阵挛:髌阵挛:右(—　+);左(—　+)

踝阵挛:右(—　+);

左(—　+)

肌张力:正常(右　左)　减低(右　左)　折刀样增高(右　左)

铅管样增高(右　左)　　齿轮样增高(右　左)

病理反射:

吸吮反射:(—　+)

抓握反射及摸索反射:右(—　+)　左(—　+)

Hoffmann 征:右(—　+)　左(—　+)

Babinski 征:右(—　+)　左(—　+)

Oppenheim 征:右(—　+)　左(—　+)

Gordon 征:右(—　+)　左(—　+)

Chaddock 征:右(—　+)　左(—　+)

脑膜刺激征:颈项强直:无　有(下颌距胸骨________横指)

Kernig **征:**右(—　+)　左(—　+)

Brudzinski **征:**阳性;阴性

自主神经:异常出汗:无　多汗　少汗　无汗(部位________)

大便:正常　秘结　失禁　小便:正常　潴留　失禁

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

初步诊断：

医师签名：

年　月　日　时　分

入院诊断：

医师签名：

年　月　日　时　分

三、精神科入院记录书写格式

______医院

精神科入院记录

姓名：　科别：　床号：　住院号：　病区：

文化程度：　职业：　工作单位：

出生地：　家庭住址：

费用类别：　关系：　联系地址：

供史者：　关系：　病史了解程度：　病史可靠程度：

入院时间：年　月　日　时　分　记录时间：年　月　日　时　分

病　　史

主诉(代主诉)：

现病史：

既往史：

中枢神经系统疾病：　呼吸系统疾病：

心血管系统疾病：　泌尿生殖系统疾病：

消化系统疾病：　内分泌系统疾病：

血液系统疾病：　免疫系统疾病：

昏迷抽搐史：　　　　　　　手术、外伤史：

药物过敏史：　　　　　　　食物过敏史：

预防接种史：　　　　　　　传染病史：

输血史：　　　　　　　　　吸烟、饮酒史：

精神活性物质或药物滥用史：

个人史：

第　胎　产，　　　　　　　出生方式：

出生情况：　　　　　　　　母孕期情况：

适应社会能力：

学习经历：

参加工作时间及经历：

特殊爱好/特长：

人际关系：

重大精神创伤：

病前性格特征：

兴趣、嗜好：

婚育史：

月经史：

生育史：　　　　末次结婚时间：　　　　夫妻关系：

配偶健康状况：　　孕　产

家族史：

家族类型：　　　　成员关系：

家系精神病史：

体 格 检 查

T ____℃　P ____次/分　R ____次/分　血压____ mmHg

一般状况：

皮肤粘膜：

淋巴结：

头部及器官：

头颅：

眼：

耳：

鼻：

颈部：

牙齿：

胸部：

腹部：

脊柱：

神经系统(阳性体征)：

精神检查

一、合作患者

一般表现：意识：

仪表：

接触情况：

生活卫生：

认识活动：感觉障碍：　　错觉：　　感知综合障碍：

幻觉：

性质：

思维联想：

思维属性：

思维逻辑：

思维内容：

智能：

总体评价：

一般常识：　　理解力：　　计算力：

专业知识：　　抽象概括：

情感活动：

意志行为：

动作行为：

注意力：

定向力：

自知力：

重要精神状况的描述或问答记录：______________________________

____

辅 助 检 查

实验室检查：______________________________

器械检查：______________________________

心理量表测评：______________________________

其他：______________________________

____

病 史 小 结

第____次入院　　　　诱因：

病程：　　　　起病形式：

体格检查及辅助检查：

初步诊断：　　　　入院诊断：

记录者签名：　　　　主治医师签名：

年　月　日　时　分　　　　年　月　日　时　分

四、儿科入院记录书写格式

______________医院

儿科入院记录

姓名：　　　　科别：　　　　床号：　　　　住院号：　　　　病区：

姓名：　　　　职业：

性别：　　　　工作单位：

年龄：　　　　住址：

婚姻：　　　　供史者：　　　　可靠程度：

出生地：　　　入院时间：　年　月　日　时　分

民族：　　　　记录时间：　年　月　日　时　分

病　史

代主诉：______________________________________

现病史：______________________________________

既往史：与现病相关的病史：______________________

传染病史/传染病接触史：__________________________

预防接种史：______________________________________

手术、外伤史：____________________________________

输血史：____

食物、药物过敏史：________________________________

个人史：出生史：______________________________

喂养史：母乳、人工、混合，何时断奶：________加辅食时间__________

断奶后食物种类：__________________________________

生长发育史：______________________________________

接种疫苗史：乙肝、卡介苗、脊灰糖丸、百白破、麻疹、流脑、乙脑，

其他：____

家族史：父母近亲结婚：否　是　健康状况：____，家族中同类疾病史：有　无

同胞健康状况：____________________________________

以上病史记录已经陈述者认同。陈述者签名(手印)：________

时间：________

体 格 检 查

T____℃ P____次/分 R____次/分 BP____mmHg 体重____

一般情况:神志:______ 精神:______ 发育:______ 营养:______

配合查体:是 否

皮肤粘膜:________________________________

浅表淋巴结:________________________________

头颅:外形________ 前囟____×____cm 颅骨软化________

骨缝________ 毛发________

眼:________________________________

耳、鼻:________________________________

口腔:________________________________

颈部:________________________________

胸部:胸廓:________________________________

肺:________________________________

____

心:________________________________

____

右侧(cm)	肋间	左侧(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

(锁骨中线距前正中线 cm)

腹部:________________________________

____

肛门及外生殖器:________________________________

脊柱及四肢:________________________________

神经反射:________________________________

____

辅助检查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

初步诊断:

医师签名:

年 月 日 时 分

入院诊断:

医师签名:

年 月 日 时 分

五、外科入院记录书写格式

______医院

外科入院记录

姓名: 科别: 床号: 住院号: 病区:

姓名: 职业:

性别: 工作单位:

年龄: 住址:

婚姻: 供史者: 可靠程度:

出生地: 入院时间: 年 月 日 时 分

民族: 记录时间: 年 月 日 时 分

病 史

主诉:______

现病史:______

既往史:一般健康状况:良好 一般 较差

疾病史:无 有______

传染病史:无 有______

预防接种史:无 有 不祥 预防接种疫苗:______

手术外伤史:手术:无 有 名称及时间:______

外伤:无　有　　外伤情况及时间:__________

输血史:无　有　输血反应:无　有__________

药物过敏史:无　有　不祥　过敏药品名称:__________

个人史:经常居住地________　寄生虫疫水接触史:__________

精神病(无　有)　癫痫(无　有)　遗传病(无　有)其他:__________

吸烟史:无　有　平均____支/日　时间______年

戒烟:否　是　时间________

饮酒史:无　有　平均____克/日　时间______年

戒酒:否　是　时间________

其他:__________

生育史:结婚年龄____岁　妊娠____次　足月产____次　流产____次

早产____次

配偶健康状况:__________

其他:__________

月经史:初潮年龄____岁　经期____天　周期____天　末次月经____年____月____日　绝经时间____年____月____日　其他:__________

家族史:__________

体格检查

T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____mmHg

一般情况:发育:正常　不良　超常　营养:良好　中等　不良　恶病质

面容:无病容　急性面容　慢性面容

表情:自如　痛苦　淡漠

体位:自动　被动　端坐呼吸　角弓反张

神志:清楚　嗜睡　模糊　昏睡　浅昏迷　中度昏迷　深昏迷　谵妄

配合检查:合作　不合作　其他:__________

皮肤粘膜:色泽:正常　潮红　发绀　黄染　色素沉着　色素减退

皮疹:无　有__________

皮下出血:无　有__________

毛发分布:正常　异常__________

皮肤温度:正常　冷　干　湿　皮肤弹性:正常　减退

水肿:无　有____　肝掌:无　有____　蜘蛛痣:无　有____

其他:______________________________

淋巴结:浅表淋巴结肿大:无　有______________________________

头部:头颅大小:正常　大　小　畸形:无　有________其他:__________

眼:眼睑:正常　水肿　下垂　结膜:正常　充血　水肿　出血

巩膜黄染:无　有　角膜:正常　浑浊(左　右)　溃疡(左　右)

瞳孔:等大等圆　不等　左____ mm　右____ mm

瞳孔对光反射:正常　迟钝(左　右)　消失(左　右)

其他:______________________________

耳:耳郭:正常　异常______________________________

外耳道异常分泌物:无　有(左　右　性质______________________)

乳突压痛:无　有(左　右)　听力障碍:无　有(左　右)

其他:______________________________

鼻:鼻翼煽动:无　有　异常分泌物:无　有______________________

鼻窦压痛:无　有______________________________

口腔:唇:正常　异常____________　粘膜:正常　异常__________

舌:正常　异常____________　齿:正常　异常__________

扁桃体:正常　异常________　咽:正常　异常__________

其他:______________________________

颈部:颈项强直:无　有________　颈静脉:正常　充盈　怒张

肝颈静脉回流征:阴性　阳性　　气管:居中　偏移(向左;向右)

甲状腺:正常　异常______________________________

胸部:胸廓:正常　桶状胸　膨隆　凹陷(左　右　心前区)

胸骨压痛:无　有　乳房:正常　异常________其他:__________

肺:视诊:呼吸运动:正常　异常______________________

触诊:语颤:正常　异常________　胸膜摩擦感:无　有(左　右)

叩诊:正常清音　过清音________　实音________浊音__________

听诊:呼吸音:正常　异常________　啰音:无　有__________

语音传导:正常　异常________　胸膜摩擦音:无　有________

其他:______________________________

心:视诊:心尖搏动:正常　未见　增强　弥散　心尖搏动位置:______

触诊:心尖搏动:正常　增强　减弱　抬举感　震颤:无　有______

叩诊:心脏相对浊音界:________________________________

心脏相对浊音界

右(cm)	肋间	左(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

(前正中线距锁骨中线________ cm)

听诊:心率:____次/分　心律:整齐　不齐______________________

心音:正常　异常________　P_2 ________ A_2

杂音:无　有________心包摩擦音:无　有________________

其他________________周围血管征:无　有________________

腹部:视诊:平坦　膨隆　舟状腹　蛙腹　　胃型:无　有

肠型:无　有　　腹壁静脉曲张:无　有(方向________________)

手术瘢痕:无　有________________________________

触诊:全腹柔软　腹肌紧张________压痛:无　有________________

反跳痛:无　有____________腹部包块:______________________

肝脏:未触及　触及________________________________

胆囊:未触及　触及______　Murphy 征:阴性　阳性

脾脏:未触及　触及____________

肾脏:未触及　触及____________

叩诊:肝浊音界:存在　缩小　消失

肝上界位于右锁骨中线______肋间

叩痛:无　有________________　移动性浊音:阴性　阳性

听诊:肠鸣音:____次/分　亢进　减弱　消失

气过水声:无　有________________________________

其他:________________________________

直肠肛门:________________________________

外生殖器:________________________________

脊柱:________________________________

四肢：________________

其他：________________

神经系统：________________

专 科 情 况

____

____

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果（包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果）

____

____

初步诊断：

医师签名：

年　月　日　时　分

入院诊断：

医师签名：

年　月　日　时　分

六、儿外科入院记录书写格式（同外科入院记录格式，突出儿科特点）

七、神经外科入院记录书写格式

____________医院

神经外科入院记录

姓名：　　科别：　　床号：　　住院号：　　病区：

姓名：　　职业：

性别：　　工作单位：

年龄：　　住址：

婚姻：　　供史者：　　可靠程度：

出生地：　　入院时间：　年　月　日　时　分

民族：　　记录时间：　年　月　日　时　分

病　史

主诉(代主诉)：______

现病史：______

______

______

既往史：一般健康状况：______

疾病史：______

传染史：______

手术外史：______

个人史：______

月经史：______

婚育史：______

家族史：______

其　他：______

预防接种史：无　有　不详;预防接种药品：______

输血史：无　有;输血反应：无　有;临床表现______

药物过敏史：无　有　不详　过敏药物名称______

临床表现______

体格检查

T ____℃　P ____次/分　R ____次/分　BP ____ mmHg

一般情况：______

皮肤粘膜：______

全身浅表淋巴结：______

头部及其器官：______

______

头颅：______　正常头围：______ cm　头皮异常　破壶音

头颅包块：无　有　部位______；______ cm^2；其他：______

颅骨缺损：无　有　部位______；______ cm^2 平软

凹陷______ cm　膨隆

头位：______

颈部：______

胸部：____
____

腹部：____
____

直肠肛门：____________________________________

脊柱四肢：____________________________________

外生殖器：____________________________________

神经系统检查：__________________________________

专 科 情 况

脑神经：Ⅰ　嗅觉　左________　右________

Ⅱ　视力　左________　右________；视野________眼底________

Ⅲ　Ⅳ　Ⅵ　上睑下垂　　　　　复视________

瞳孔：大小________　形状________

对光反射：左直接反射（灵敏　迟钝　消失）、间接反射（灵敏　迟钝　消失）

右直接反射（灵敏　迟钝　消失）、间接反射（灵敏　迟钝　消失）

眼球：位置________运动________震颤________________

Ⅴ　感觉________角膜直接反射________角膜间接反射______________

嚼肌________颞肌________下颌偏向______________________

Ⅶ　眼裂________鼻唇沟________口角________

举额______蹙眉______闭目______鼓起、露齿、吹哨______

Ⅷ　听力________ Rinne 试验________ Weber 试验________________

Ⅸ　Ⅹ　发音________吞咽________咽反射________

软腭及悬雍垂____

Ⅺ　胸锁乳突肌________________斜方肌________________________

Ⅻ　伸舌偏向________舌肌纤动________舌肌萎缩_________________

运动系统：步态______肌萎缩______异常运动______肌力______

上肢轻瘫试验________分指试验________指鼻试验______________

下肢轻瘫试验________趾背伸试验________跟膝胫试验__________

轮替试验____________ Romberg 征__________________________

感觉系统：（如为脊髓病变描述感觉平面）___________________________

自主神经系统：立毛反射：（阴性　阳性）____________________________

皮肤划痕试验：________________

生理反射：

腹壁$\frac{右}{左}$　　嚼肌$\frac{右}{左}$　　桡骨膜$\frac{右}{左}$

提睾$\frac{右}{左}$　　肱二头肌$\frac{右}{左}$　　膝跳$\frac{右}{左}$

病理反射：

Hoffmann 征$\frac{右}{左}$　　Oppenheim 征$\frac{右}{左}$　　Chaddock 征$\frac{右}{左}$

Babinski 征$\frac{右}{左}$　　Gordon 征$\frac{右}{左}$　　Schaeffer 征$\frac{右}{左}$

脑膜刺激征：

颈项强直________　Kernig 征________　Brudzinski 征________

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

____

____

病史小结(一般情况、病情经过、意识状态、体检、重要影像检查、其他部位情况等)

____

____

____

____

初步诊断：________________

医师签名：________________

年　月　日　时　分

入院诊断：________________

医师签名：________________

年　月　日　时　分

______医院

神经外科颅脑损伤入院记录

姓名：　　科别：　　床号：　　住院号：　　病区：

姓名：　　职业：
性别：　　工作单位：
年龄：　　住址：
婚姻：　　供史者：　　可靠程度：
出生地：　　入院时间：　年　月　日　时　分
民族：　　记录时间：　年　月　日　时　分

病　史

事故发生时间：______年____月____日____午____时____分

事故性质：车祸　摔跌　坠落　殴击　其他：______

主诉(代主诉)：______

现病史：(详述头部着力部位、意识障碍时间和演变，有无中间好转期或清醒期。头痛、呕吐、抽搐、逆行性遗忘及转诊前处理经过等)

______

到急诊室时间______重要发现及处理经过______

______

既往史：高血压(有　无)，精神病(有　无)，癫痫(有　无)，外伤史(有　无)，头痛(有　无)　其他：______

个人史：(出生、经历)______(职业、习惯)______
(嗜好、接触)______(过敏史)______

婚育史、月经史：______

家族史：精神病(有　无)，癫痫(有　无)，其他：______

______

体 格 检 查

一般情况：T ____℃　P ____次/分　R ____次/分　BP ____ mmHg
发育(好　中　差)　营养(好　中　差)
体态(高　中　矮　胖　中　瘦)

皮肤粘膜:红润　苍白　温暖　冷厥　发绀　冷汗　失水　水肿
皮疹　淤斑

呼吸:通畅　鼾声　不通畅(分泌物　舌后坠)　酒味　酮味　尿臭
肝臭

心血管:脉搏(洪大　细弱　不能触及)　心脏________________

五官:眼眶(左　右　淤血　肿胀　正常)

结膜(左　右　出血　水肿　正常)

眼球:左______________　右______________

鼻:_______鼻漏(左　右　血　脑脊液　脑组织　无)

耳:_______耳漏(左　右　血　脑脊液　脑组织　无)

耳后淤(左　右　无)

口腔____

胸廓:皮下气肿(左　右　无)　骨擦音(左　右　无)　肺呼吸音_______其他:____

腹部:平坦　凹陷　膨隆　柔软　紧张　压痛(+　~　±)

肝浊(+　~　±)

肝_______　脾_______　其他_______

四肢脊柱:脊椎排列(整齐　不齐)　压痛(颈　胸　腰　骶　尾　无)

软组织(擦伤　裂伤　血肿　烧伤　无)

部位_______脱臼_______骨折_______

神经系统检查:

格拉斯哥意识障碍评分:　　　　总分:　　　　意识:

睁眼反应		语言反应		运动反应	
自发的	4	回答正确	5	遵命动作	6
呼唤后	3	回答错误	4	定位动作	5
刺痛后	2	含糊不清	3	刺痛后回缩	4
不睁眼	1	唯有声叹	2	刺痛后肢体屈曲	3
		无反应	1	刺痛后肢体过伸	2
				弛缓无反应	1

脑神经检查及脑干有关反射:

嗅觉:正常　迟钝　消失　视力:正常　减退(左　右)　失明(左　右)

听力：正常　减退(左　右)　耳鸣(左　右)　丧失(左　右)　鼻唇沟：对称　变浅(左　右)

瞳孔：左：大小____mm　直接光反射：灵敏　减弱　消失　间接反射：灵敏　减弱　消失

右：大小____mm　直接光反射：灵敏　减弱　消失　间接反射：灵敏　减弱　消失

角膜反射：左：灵敏　减弱　消失　眼睑下垂：有　无

右：灵敏　减弱　消失　眼球位置：同向斜视　分离性斜视　外展(左　右)

眼球震颤：水平　垂直　旋转　无

眼球运动：左　右________不能　正常

吞咽反射：敏感　减弱　消失　　咳嗽反射：敏感　减弱　消失

呼　　吸：规则　失调　停止

运动功能：反射(消失－　减弱＋　正常＋＋　亢进＋＋＋　阵挛＋＋＋＋)

	左	右	
肱二头肌射	(　　)	(　　)	
肱三头肌射	(　　)	(　　)	
膝　反　射	(　　)	(　　)	
肌力(0—V级)：	上肢　左　右		下肢　左　右
肌张力：	上肢　左　右		下肢　左　右
	正常		正常
	减弱		减弱
	增高		增高
	弛缓		弛缓

感觉检查：____

____

脑膜刺激征：颈强直　　Kernig 征　　Brudzinski 征

病理反射：(阳性＋　阴性－)



	左	右
Babinski 征		
Oppenheim 征		
Gordan 征		
髌 阵 挛		
踝 阵 挛		

CT 扫描结果:(日期、医院及编号)

X 线检查结果:(日期、医院及编号)

病史小结(受伤经过、GCS、体检、影像检查、其他部位损伤等)

初步诊断:

医师签名:

年 月 日 时 分

入院诊断:

医师签名:

年 月 日 时 分

八、心脏外科入院记录书写格式

________医院

心脏外科入院记录

姓名: 科别: 床号: 住院号: 病区:

姓名: 职业:

性别: 工作单位:

年龄: 住址:

婚姻: 供史者: 可靠程度:

出生地: 入院时间: 年 月 日 时 分

民族: 记录时间: 年 月 日 时 分

病　史

主诉:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

现病史:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

心力衰竭情况:＿＿年＿＿月起出现心衰(持续性/间歇性/偶发/先后发作＿＿次)

曾用过何种强心剂:＿＿＿＿(持续/间断/未用、共用时间＿＿＿＿)

曾用过何种利尿剂:＿＿＿＿(持续/间断/未用、共用时间＿＿＿＿)

目前心功能情况:平地步行:快行(有/无)心慌、气急

慢行(有/无)限制,可以行＿＿＿＿米,可以连续上＿＿层楼

＿＿年＿＿月出现咯血,共咯血＿＿次,每次＿＿ ml

＿＿年＿＿月出现发绀,活动后(有/无)加重,(有/无)蹲踞现象

心功能评定:Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ

心绞痛发作情况:＿＿年＿＿月出现劳力性心绞痛,曾用药物＿＿＿＿,(有/无)缓解

＿＿年＿＿月出现静息性心绞痛,曾用药物＿＿＿＿,(有/无)缓解

＿＿年＿＿月出现心肌梗死,共发作＿＿＿＿次

既往史:(有/无)全身关节酸痛/大关节肿痛

＿＿＿年开始出现抗“O”增高/血沉增高/结节性红斑

疾病史:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

传染病史:无　有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

预防接种史:无　不详　有　预防接种疫苗＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

手术外伤史:手术:无　有　手术名称及时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

外伤:无　有　外伤情况及时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

输血史:无　有　输血时间＿＿＿＿输血反应＿＿＿＿＿＿＿＿

药物过敏史:无　不详　有　过敏药物名称及过敏情况＿＿＿＿＿＿

个人史:经常居留地＿＿＿＿＿＿疫水接触史＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

吸烟史:无　有　平均＿＿支/日,时间＿＿年,戒烟:否　是　时间＿＿＿

饮酒史:无　有　平均＿＿克(两)/日

时间＿＿年,戒酒:否　是　时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

毒品接触史:无　有　毒品名称＿＿＿＿时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

月经史:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

婚育史:____

家族史:____

体 格 检 查

T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____ mmHg

一般情况:发育:正常　不良　超常　　营养:良好　中等　不良　恶病质

身高________ cm　体重________ kg　　胸围________ cm

表情:自如　其他________　　　　　　检查合作:是　否

体型:无力型　正力型　超力型　　　　步态:正常　不正常

体位:自动体位　被动体位________________________

神志:清楚　嗜睡　模糊　昏睡　浅昏迷　中度昏迷　深昏迷

谵妄

皮肤粘膜:色泽:正常　苍白　潮红　发绀　黄染　色素沉着　其他:________

皮疹:无　有　　　皮下出血:无　有

肝掌:无　有　　　蜘蛛痣:无　有　　　其他:________________

淋巴结:浅表淋巴结肿大:无　有

头部:头发分布:正常　异常　其他:________________________

眼:正常　异常

瞳孔:等大等圆　不等(左　mm　右　mm)

对光反射:正常　异常

耳:外耳道异常分泌物:无　有　　乳突压痛:无　有

听力障碍:无　有

鼻:鼻翼煽动:无　有　　异常分泌物:无　有　　鼻窦压痛:无　有

口腔:唇:正常　异常　　粘膜:正常　异常

舌:正常　异常　　齿:正常　异常

齿龈:正常　异常　扁桃体:正常　异常

咽:正常　异常

颈部:颈项强直:无　有　　下颌距胸骨______ cm

颈静脉:不显露　充盈　怒张

颈动脉:搏动正常　搏动增强　搏动减弱

肝颈静脉回流征:阴性　阳性

颈部血管杂音:无　有

气管:正中　偏移(左/右)　　　甲状腺:正常　异常

胸部:胸廓:正常　畸形

乳房:正常　异常　　　　　　胸骨叩痛:无　有

肺:视诊:呼吸运动:正常　异常

触诊:语颤:正常　异常　　　胸膜摩擦感:无　有

叩诊:正常清音　异常

听诊:呼吸音:正常　异常　　啰音:无　有

语音传导:正常　异常　胸膜摩擦音:无　有

心脏:视诊:心前区隆起:无　有

触诊:心尖搏动:正常　异常

心尖搏动位置:正常　移位(距左锁骨中线　内____ cm

外____ cm)

心尖搏动:正常　抬举性　负性　搏动震颤:无　有

心包摩擦感:无　有

叩诊:心脏相对浊音界:如下表(cm)

右	肋间	左
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

(前正中线距锁骨中线________ cm)

听诊:心率:____次/分　心律:整齐　不齐　绝对不齐

过早搏动:无　有________________________________

心音:正常　异常________________________________

杂音:无　有(部位　时期　性质　强度　传导　影响因素)

心包摩擦音:无　有________________________________

周围血管征及其他:无　有　枪击音　Duroziez 双重杂音

毛细血管搏动征

奇脉　交替脉　水冲脉　脉搏短绌

其他:________________________________

腹部: 肝:________ 脾:________

腹水征:________ 肠鸣音:________

直肠肛门: 未查　正常　异常________

外生殖器: 未查　正常　异常________

脊柱四肢: (有/无)下肢水肿(轻/中/重),(有/无)杵状指(趾),(有/无)毛细血管搏动,(有/无)末梢发绀,左/右下肢(有/无)静脉曲张

神经系统: ________

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

心电图: ________

____

X线/CT/MRI:________

超声心动图: ________

心血管造影: ________

初步诊断:

医师签名:

年　月　日　时　分

入院诊断:

医师签名:

年　月　日　时　分

九、胸外科入院记录书写格式

________医院

胸外科入院记录

姓名:　科别:　床号:　住院号:　病区:

姓名:　职业:

性别:　工作单位:

年龄:　住址:

婚姻:　供史者:　可靠程度:

出生地:　入院时间:　年　月　日　时　分

民族:　记录时间:　年　月　日　时　分

病　史

主诉：____________________

现病史：____________________

既往史：过去治疗情况（有无放、化疗史及抗感染、抗结核治疗史）：__________

手术史：____________________

现有其他疾病（心脑血管疾病、代谢性疾病、肝、肾等慢性疾病史）：______

____

个人史：过去主要职业：________生活地区（住10年以上）：__________

吸烟史：____________________

饮酒史：____________________

毒物接触史：____________________

药物过敏史：____________________

婚育史：结婚年龄：______再婚：______配偶情况：______生育年龄：______

孕产史：________不良产史：________计划生育措施：__________

月经史：____________________

家族史：____________________

体格检查

T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____ mmHg

一般情况：神志________精神________面容________发育__________

身高________体型________体位________配合检查__________

营养状态：________（良好　中等　消瘦　脱水　黄疸　恶病质）

淋巴结肿大（部位、数目、大小等）：____________________

声带麻痹：________（无　有）________（左　右）

颈部：肿块________颈静脉怒张________气管__________

甲状腺________________其他：____________________

胸部：视诊：________胸廓：________（正常　桶状　侧下陷）

呼吸运动：______________________________（正常　受限）

触诊：胸壁压痛：____________________

触觉语颤：____________________

皮下捻发感：____________________胸膜摩擦感：__________

叩诊：____________________

听诊:呼吸音:________________

皮下捻发音:________胸膜摩擦音:________

心脏:________其他:________

腹部:包块:________压痛:________腹水:________

肝:________脾:________肠鸣音:________

其他:________________

神经系统:________________

生理反射:________________

病理反射: Babinski 征________ Gordon 征________ Hoffmann 征________

Oppenheim 征________ Chaddock 征________

脑膜刺激征:颈项强直________

Kerning 征________ Brudzinski 征________

脊柱四肢:________杵状指、趾:________(有　无)

肛门指检:________________

其他检查:________________

专 科 情 况

____

____

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

胸部 CT:________________

支气管镜检查:________________

PET－CT **检查(可选):**________________

其他检查:________________

初步诊断:________

医师签名:________

年　月　日　时　分

入院诊断:________________

医师签名:________________

年　月　日　时　分

十、泌尿外科入院记录书写格式

＿＿＿＿＿＿＿医院

泌尿外科入院记录

姓名：　　　　科别：　　　　床号：　　　　住院号：　　　　病区：

姓名：	职业：
性别：	工作单位：
年龄：	住址：
婚姻：	供史者：　　　　　　可靠程度：
出生地：	入院时间：　年　月　日　时　分
民族：	记录时间：　年　月　日　时　分

病　史

主诉：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

现病史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

既往史：一般健康状况：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

疾病史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

传染病史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

预防接种史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

手术外伤史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

输血史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

食物、药物过敏史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

个人史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

婚育史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

月经史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

体 格 检 查

T＿＿℃　P＿＿次/分　R＿＿次/分　BP＿＿mmHg

一般情况：发育：正常　不良　超常　　营养：＿＿神志：＿＿　表情：＿＿

面容：＿＿＿步态：＿＿＿体位：＿＿＿　查体：合作　不合作

皮肤粘膜：色泽：________ 皮疹：________ 皮下出血：____________

皮下捻发感：________________ 水肿：________________________

肝掌：________________________ 蜘蛛痣：________________________

其他：________________________ 浅表淋巴结：____________________

头部：头发分布：正常　异常　　其他：____________________________

眼：正常　异常　　瞳孔：等大等圆　不等（左____ mm　右____ mm）

对光反射：____________________　其他：________________________

颈部：抵抗感：有　无　　颈动脉搏动：正常　增强（左　右）减弱（左　右）

颈静脉：正常　充盈　怒张　　气管：正中　偏移（向左　向右）

肝颈反流征：阳性　阴性　　甲状腺：______________________________

其他异常：无　有（压痛　震颤　血管杂音）

胸部：胸廓：正常　异常　　乳房：正常对称　异常

肺部：视诊：呼吸运动：正常　异常　　肋间隙：正常　增宽　变窄

触诊：语颤　胸膜摩擦感　皮下捻发感

叩诊：正常清音　异常

听诊：呼吸音：正常　异常　　啰音：无　有

语音传导：正常　异常　胸膜摩擦音：无　有

心脏：视诊：____

触诊：心尖搏动：正常　抬举性　负性搏动　　震颤：无　有

心包摩擦感：无　有

叩诊：心脏相对浊音界如下：正常　异常

右（cm）	肋间	左（cm）
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

（注：左锁骨中线距前正中线________ cm）

听诊：心率______次/分，心律：齐　不齐　绝对不齐

过早搏动：无　有

心音：正常　异常　　额外心音：无　有　　杂音：无　有

心包摩擦音:无　有　　周围血管征:无异常血管征　有

腹部:视诊:外形:正常　膨隆　凹陷　　手术瘢痕:无　有

触诊:全腹柔软　腹肌紧张　　压痛:无　有　　反跳痛:无　有　　液波震颤:无　有

振水音:无　有　　腹部包块:无　有

肝:未触及　可触及:大小肋下____ cm　剑突下____ cm

特征:________________________________

胆囊:Murphy 征:阴性　阳性　其他

脾:未触及　可触及

叩诊:肝浊音界:存在　缩小　消失　　肝上界位于右锁骨中线________肋间

移动性浊音:阴性　阳性　　叩痛:无　有

听诊:肠鸣音　正常　亢进　减弱　消失　　气过水声:无　有

血管杂音:无　有

直肠肛门:未查　正常　异常________________________________

脊柱:正常　异常　畸形________________压痛________________

四肢:正常　异常　畸形________________________________

神经系统:正常　异常________________________________

专 科 情 况

肾区:膨隆　是　否　　双侧对称:是　否　　肾脏:触及　未触及

触痛______压痛______叩击痛______肿块:无　有　血管杂音:无　有

输尿管行径区:压痛及叩击痛　无　有

膀胱区:膨隆　是　否　　叩诊________触痛________压痛________

肿块:无　有

生殖器(男性):阴毛分布________　阴茎:发育____形状____畸形:无　有

阴茎海绵体:正常　异常　阴茎头:正常　异常　尿道外口:位置________________分泌物:无　有　阴囊:正常　异常　阴囊肿块:无　有　睾丸:正常　异常　缺如　附睾:正常　异常

精索:正常　异常

生殖器(女性)尿道外口:正常　异常

前列腺肛检:肛门括约肌张力:正常　松弛

前列腺大小:正常　增大Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ度　　结节:无　有　　光滑:是　否
硬度:韧　坚硬　触痛:无　有　中央沟:存在　变浅　消失

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

____

____

初步诊断:______________

医师签名:______________

年　月　日　时　分

入院诊断:______________

医师签名:______________

年　月　日　时　分

十一、骨科入院记录书写格式

______________医院

骨科入院记录

姓名:　　科别:　　床号:　　住院号:　　病区:

姓名:　　职业:
性别:　　工作单位:
年龄:　　住址:
婚姻:　　供史者:　　可靠程度:
出生地:　　入院时间:　年　月　日　时　分
民族:　　记录时间:　年　月　日　时　分

病　　史

主诉:______________

现病史:______________

既往史:一般健康状况:良好　一般　　较差疾病史:无　有　　其他:______
传染病史:无　有　　其他:______________
预防接种史:无　有　不详　　预防接种药品______________

手术史:无　有________________　外伧史:无　有________________

输血史:无　有　　输血时间:________________输血反应:无　有

药物过敏史:无　有　不详　　过敏药物名称____________________

个人史:经常居留地________________　寄生虫疫水接触史:____________

吸烟史:无　有　平均____支/日　时间________年　戒烟:否　是

时间____

饮酒史:无　有　平均____克/日　时间________年　戒酒:否　是

时间____

毒品接触史:无　有　　毒品名称________________　时间____________

其他:____

生育史:结婚年龄________岁

配偶健康状况:______________________________________

其他:____

月经史:____

家族史:父:健在　患病名称________________　已故　死因____________

母:健在　患病名称________________　已故　死因____________

其他:____

以上病史记录已经陈述者认同。陈述者签名:________　时间:________

体 格 检 查

T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____ mmHg

配合检查:合作　不合作

一般情况:发育____________　营养____________　体态____________

面容____________　表情____________　体位____________

步态____________　神志____________　行走____________

精神____________　皮肤____________　浅表淋巴结________

头部:头颅形状:____________________________________

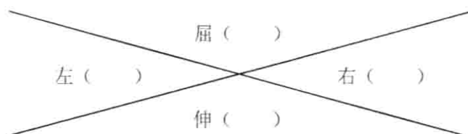
五官:____

颈部:畸形______　红肿______　瘘管______　瘢痕______　强直______

压缩______

气管:居中　偏移(向左　向右)　甲状腺:正常　异常____________

颈椎活动度:________________



其他：________________

胸部：畸形________ 对称________ 压缩________ 挤压痛________

呼吸：正常　反常　急促　困难　端正　喘鸣

心脏：________________

肺脏：________________

腹部：肝：________ 胆：________ 脾：________

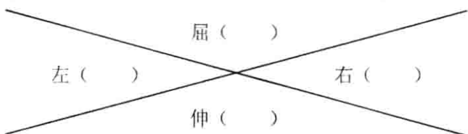
其他：________________

直肠肛门：未查　正常　异常________________

外生殖器：未查　正常　异常________________

脊柱：正常：________ 畸形：________ 肿胀：________ 瘘道：________

压痛（无　有　第________椎体） 活动度：________________



椎旁压痛：无　有（左　右）　伴放射痛：无　有（左　右）

直腿抬高试验：左______ 右______ 加强试验左______ 右______

其他：________________

骨盆骶尾部：正常　倾斜　挤压试验________ 分离试验________

肿块：无　有　部位________ 其他：________________

上肢：正常　肿胀　淤斑　畸形　肌萎缩　骨质显露

压痛：左　右　无　反常活动

骨折：____________ 前臂功能：旋前________ 旋后____________

肩关节活动范围：左侧：外展______内收______前屈______

后伸______

内旁______外旋______上抬______

右侧：外展______内收______前屈______

后伸______

内旋______外旋______上抬______

肘关节活动范围:左侧:伸______屈______

右侧:伸______屈______

腕关节活动范围:左侧:背伸______掌屈______桡偏______

尺偏______

右侧:背伸______掌屈______桡偏______

尺偏______

上臂及前臂肌力:______________________________

肌张力:左侧______________ 右侧______________

下肢:正常　肿胀　淤斑　畸形　窦道

骨折、脱位:左________右________开放________闭合________

部位________

压痛:左　右　范围______________________________

髋关节:左侧:畸形:内收　外展　屈曲　弹响　其他:______________

活动度:前屈________后伸________内收________

外展________内旋________外旋________

滚动试验________“4”字试验________

Thomas 征________其他:______________

右侧:畸形:内收　外展　屈曲　弹响　其他:______________

活动度:前屈________后伸________内收________

外展________内旋________外旋________

滚动试验________“4”字试验________

Thomas 征________其他:______________

膝关节:左侧:畸形:内翻　外翻　屈曲　过伸

强直、僵硬________肿胀________窦道________

压痛________

活动度:伸________屈________

抽屉试验________麦氏试验________

回旋挤压试验________浮髌试验______________

其他:______________________________

左侧:畸形:内翻　外翻　屈曲　过伸

强直、僵硬________肿胀________窦道________

压痛________

活动度:伸________屈________

抽屉试验________麦氏试验________

回旋挤压试验________浮髌试验________________________

其他:____

踝关节:左侧:畸形:马蹄　内翻　外翻　强直、僵硬:________________

活动范围:背伸________________　跖屈____________________

其他:____

右侧:畸形:马蹄　内翻　外翻　强直、僵硬:________________

活动范围:背伸____________　跖屈________________________

其他:____

肢体长度:左______ cm　右______ cm　　周径:左______ cm

右______ cm

肌张力:正常　增高　减弱

肌力:左下肢:大腿______级　小腿______级　拇指背伸______级　拇指跖屈______级

右下肢:大腿______级　小腿______级　拇指背伸______级　拇指跖屈______级

步态:剪刀步态　偏瘫步态　跨越步态　其他:____________________

神经系统:浅反射:腹壁反射:左______右______　提睾反射______

肛门反射______

深反射:肱二头肌反射:左______右______

桡骨膜反射:左______右______

肱三头肌反射:左______右______

膝腱反射:左______右______

跟腱反射:左______右______

病理反射:Hoffmann 征:左______右______

Rossolimo 征:左______右______

Babinski 征:左______右______

Oppenheim 征:左______右______

Gordon 征:左______右______

专 科 情 况

____

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

____

初步诊断:

医师签名:

年 月 日 时 分

入院诊断:

医师签名:

年 月 日 时 分

十二、烧伤科入院记录书写格式

______________医院

烧伤科入院记录

姓名: 科别: 床号: 住院号: 病区:

姓名: 职业:

性别: 工作单位:

年龄: 住址:

婚姻: 供史者: 可靠程度:

出生地: 入院时间: 年 月 日 时 分

民族: 记录时间: 年 月 日 时 分

病 史

主诉:烧伤原因______________________________

烧伤日期____年___月___日___时 烧伤距入院时间___天___小时

现病史:(包括住院前处理)______________________

既往史:______________________________

个人史:______________________________

家族史:______________________________

体 格 检 查

T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____mmHg

一般情况: 神志________发育:正常　不良　营养:良好　中等　不良

体重______kg

头颈部:________________

胸部:________________

腹部:________________

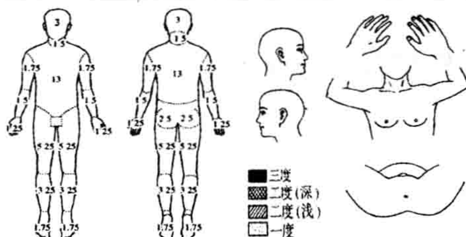
四肢:________________

会阴:________________

特别部位: 呼吸道损伤:可疑　无　有　合并损伤:________________

眼:________耳:________口腔:________其他:________________

创面检查:________________



中国九分法体表面积计算:

部位		面积 %		
头部	发　部	3%	单侧面积	单侧之半
	面　部	3%		
	颈　部	3%		
双上肢	双上臂	7%	3.5%	1.75%
	双前臂	6%	3%	1.5%
	双　手	5%	2.5%	1.25%
躯干	前　面	13%		
	后　面	13%		
	会　阴	1%		
臀部及双下肢	双　臀	5%	2.5%	
	双大腿	21%	10.5%	5.25%
	双小腿	13%	6.5%	3.25%
	双　足	7%	3.5%	1.75%

部　位		二　度		三　度	
头　部			%		%
颈　部			%		%
躯　干	前		%		%
	后		%		%
会　阴			%		%
双上肢	上臂		%		%
	前臂		%		%
	手		%		%
臀部及下肢	臀部		%		%
	大腿		%		%
	小腿		%		%
	足		%		%

12岁以下儿童面积计算

头颈部＝9＋(12－年龄)

下肢＝46－(12－年龄)

余同上表

初 步 诊 断

烧伤总面积________%

浅二度________%

深二度________%

三度________%

医师签名：

年 月 日 时 分

入院诊断：

医师签名：

年 月 日 时 分

十三、妇科入院记录书写格式

______________医院

妇科入院记录

姓名： 科别： 床号： 住院号： 病区：

姓名： 职业：

性别： 工作单位：

年龄： 住址：

婚姻： 供史者： 可靠程度：

出生地： 入院时间： 年 月 日 时 分

民族： 记录时间： 年 月 日 时 分

病 史

主诉：________________________________

现病史：________________________________

既往史：既往健康状况：良好 一般 较差 疾病史：无 有

传染病：无 有(肝炎、结核、疟疾、泌尿生殖道传播的疾病)

其他：____

手术外伤史：无　有　　药物过敏史：无　有

输血史：无　有　血型：__________预防接种史：______________

系统回顾：____________________________________

____

个人史：经常居住地：__________疫水、毒物接触史：______________

个人嗜好：饮酒：无　有　吸烟：无　有　冶游史：______________

月经史：初潮年龄：______行经期：______天/周期______天，经量（少　一般　多）痛经：无　有

末次月经：________绝经日期：________改变：______________

婚育史：结婚年龄：________再婚：是　否　配偶情况：______________

生育年龄：________孕产史：________不良产（流产）史：______________

计划生育措施：______________________________

家族史：家族成员中重大疾病史______________________________

____

体 格 检 查

T ____℃　P ____次/分　R ____次/分　BP ____/____ mmHg

一般情况：发育　正常　不良　超常　　营养：良好　中等　不良　差

神志：清醒　淡漠　模糊　　面容：正常　痛苦　慢性病容

皮肤粘膜：正常　苍白　黄染　皮疹：________

出血点：________色素沉着：______________________

其他：____

浅表淋巴结：未扪及　扪及

头颈部：巩膜黄染：无、轻、中、重，瞳孔：等大等圆、不等（左____ mm　右____ mm）、对光反射：______________________________

甲状腺：正常　结节　肿大

口唇发绀：无、有　　颈静脉怒张：无、有

气管：居中、偏移（左、右）

胸部：胸廓：对称、畸形　乳房发育：正常　未发育　肿块：无　有

心率：______次/分　心律：齐、不齐　病理性杂音：无　有

呼吸运动________两肺呼吸音________

腹部:外形______瘢痕______压痛:无　有　肌卫:无　有　反跳痛:无　有

肝脏肋下(未及,可及____ cm)　剑下(未及,可及____ cm)　脾肋下(未及,可及____ cm)

腹部异常包块:无　有　肠鸣音:无　有　移动性浊音:无　有

脊柱、四肢:畸形:无　有

神经系统:生理反射________________病理反射_________________________

专 科 情 况

外阴:________________________________

阴道:________________________________

宫颈:________________________________

宫体:________________________________

附件:________________________________

宫旁:________________________________

肛检:________________________________

绘图表示:

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

____

____

初步诊断:

医师签名:

年　月　日　时　分

入院诊断:

医师签名:

年　月　日　时　分

十四、产科入院记录书写格式

____________医院

产科入院记录

姓名：　　　科别：　　　床号：　　　住院号：　　　病区：

姓名：　　　　　　职业：
性别：　　　　　　工作单位：
年龄：　　　　　　住址：
婚姻：　　　　　　供史者：　　　　可靠程度：
出生地：　　　　　入院时间：　年　月　日　时　分
民族：　　　　　　记录时间：　年　月　日　时　分

病　史

主诉：____

现病史：末次月经：________预产期：________早孕反应：有　无

持续时间：________________________________

孕早期病毒感染：无　有（流感、巨细胞、肝炎等）

放射线接触史：无　有

其他有害物接触史：无　有；停经____周出现胎动

孕____周建卡；产前宣教：无　有

产前检查____次；其他异常情况及处理：________________

腹痛开始时间________性质：强、中、弱

持续________秒，间歇________分钟；

阴道流血：无　有　阴道流水：无　有（时间____年____月____日____分）、色泽____量________

见红：无　有；腹坠胀：无　有　近三日内性生活史：无　有　及盆浴史：无　有

其他：________________________________

既往史：心、肺、肝、肾、糖尿病、高血压病史：无　有　传染病史：无　有

手术史：无　有　过敏史：无　有　预防接种史：无　有

个人史：烟、酒、毒麻药嗜好：无　有　冶游史：无　有　疫水接触史：无　有

月经史:初潮年龄____岁　经期____天/周期____天　量(多、中、少)　痛经:无　有;白带______________________________

婚姻史:结婚年龄____岁,再婚　近亲结婚:是　否

丈夫姓名________年龄____

职业____________________健康状况____________________

孕产史:(包括葡萄胎及宫外孕),现有子女:男______人,女______人

胎数	日期	妊娠终止时间	妊娠终止方式	婴儿性别及伤亡	备注

家族史:高血压、糖尿病、遗传病:无　有　其他:____________________

体 格 检 查

T___℃　P___次/分　R___次/分　BP___mmHg　基础血压___mmHg

身高________cm　体重________kg________体态____________________

一般情况:发育________营养________神志________皮肤________全身淋巴结________水肿____________________

头颈部:瞳孔________巩膜________气管________甲状腺________其他:____

胸部:胸廓:________乳房________乳头(凹陷,突起)____________________

肺:______________________________

心:心率____________心律____________杂音____________

腹部:肝____________脾____________其他:____________________

脊柱四肢:____________________膝反射____________________

外阴:瘢痕____________水肿____________静脉曲张____________

肛门:____________痔疮________

专 科 情 况

宫高____ cm　腹围____ cm　胎方位____胎心

宫缩:无　有(强中弱,持续____/____间歇)

先露________先露高低________

胎膜破裂:未　已破(羊水量________度混浊)　羊水 pH ____

骨盆测量:髂前上棘间径____ cm,髂嵴间径____ cm,骶耻外径____ cm

坐骨结节间径____ cm

宫颈长度:________宫颈位置:前　中　后,宫颈质地:软　中　硬

宫颈扩张:________________宫颈 Bishop 评分____________________________

估计胎儿大小:____

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

____

____

初步诊断:

医师签名:

年　月　日　时　分

入院诊断:

医师签名:

年　月　日　时　分

十五、眼科入院记录书写格式

____________医院

眼科入院记录

姓名:　　科别:　　床号:　　住院号:　　病区:

姓名:　　职业:

性别:　　工作单位:

年龄:　　住址:

婚姻:　　供史者:　　可靠程度:

出生地:　　入院时间:　年　月　日　时　分

民族:　　记录时间:　年　月　日　时　分

病　　史

主诉：____

____

现病史：____

____

____

既往史：一般情况：________________________________

疾病及手术外伤史：________________________________

传染病及预防接种史：______________________________

药物过敏史：____________________________________

个人史：____

____

家族史：____

____

体 格 检 查

T ____℃　P ____次/分　R ____次/分　BP ____ mmHg

一般情况：______________________________________

____

____

皮肤粘膜：______________________________________

全身浅表淋巴结：________________________________

头部：____

颈部：____

胸部：肺：______________________________________

心：______________________________________

腹部：____

肛门及外生殖器：________________________________

脊柱四肢：______________________________________

神经反射：______________________________________

专 科 检 查

眼别：	右			左		
视力：	远	近	矫正	远	近	矫正
	光定位		辨色力	光定位		辨色力
眼压：			mmHg			mmHg
眼睑：						
泪器：						
结膜：						
巩膜：						
角膜：						
前房：						
虹膜：						
瞳孔：						

晶状体：

玻璃体：

眼底：

眼球运动：

其他：

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

初步诊断:

医师签名:

年 月 日 时 分

入院诊断:

医师签名:

年 月 日 时 分

十六、耳鼻咽喉头颈外科书写格式

______________医院

耳鼻咽喉头颈外科入院记录

姓名: 科别: 床号: 住院号: 病区:

姓名: 职业:

性别: 工作单位:

年龄: 住址:

婚姻: 供史者: 可靠程度:

出生地: 入院时间: 年 月 日 时 分

民族: 记录时间: 年 月 日 时 分

病 史

主诉:______________

现病史:______________

既往史:身体健康状况:良好 一般 较差

慢性病史(系统回顾有无既往疾病史,如有描述症状、发病时间及目前状况):______________

传染病史:无 有______________

预防接种史：无　有　不详　　预防接种药品：________

手术外伤史：无　有　　手术或外伤名称及时间________

输血史：无　有　　血型________

过敏史：无　有　不详　　过敏药物名称________

个人史：经常居留地：________　寄生虫疫水接触史：________

毒物、粉尘、放射性物质接触史：________冶游史：________

吸烟史：无　有　平均____支/日，时间____年

戒烟：否　是　时间________

饮酒史：无　有　平均____两/日，时间____年

戒酒：否　是　时间________

婚育、月经史：婚姻状况：________生育史：________月经史：________

家族史：家族肿瘤病史：________

家族传染病史：________

家族遗传病史：________

体格检查

T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____mmHg

一般情况：发育：正常　不良　超常　　营养：良好　中等　不良　恶病质

神志：清楚　嗜睡　模糊　昏睡　浅昏迷　中度昏迷　深昏迷　谵妄

体位：自主　被动　强迫　　面容：急性　慢性　贫血

皮肤粘膜：正常　苍白　潮红　发绀　黄疸　色素沉着　皮疹　皮下出血　水肿　其他：________

淋巴结：浅表淋巴结肿大：无　有　描述________

头部：头颅________头发分布：正常　异常　描述________其他：________

眼：突眼________眼睑________结膜________巩膜________

角膜________视力：左____右____　视野________眼球运动________

瞳孔：等大等圆　不等(左____mm____右____mm)

瞳孔对光反射：直接对光反射：正常　迟钝(左、右)　消失(左、右)　其他

间接对光反射：正常　迟钝(左、右)　消失(左、右)　其他

眼震：无　有（左　右　水平性　旋转性　垂直性　快相向左、右）

面颊及腮腺：肿胀　肿块　描述：________________________________

口腔：唇________粘膜________舌________________________________

颈部：下颌下腺：正常　肿大　　颈动脉：搏动正常　搏动增强　搏动减弱

杂音：____

气管：正中　偏移（左____ mm　右____ mm）

甲状腺：正常　肿大（Ⅰ Ⅱ Ⅲ度）　　描述________血管杂音：无　有

描述____

胸部：胸廓：正常　桶状胸　膨隆　凹陷（左　右　心前区）

皮下捻发音：无　有　部位________________________________

肺：视诊：呼吸运动：正常　异常

触诊：语颤：正常　异常　　胸膜摩擦感：无　有（左　右）

叩诊：正常清音　异常

听诊：呼吸音：正常　异常　部位________________________________

啰音：干啰音　湿啰音　Velcro啰音

心：视诊：心尖搏动：正常　增强　弥散　未见

心尖搏动位置：正常　移位（距左锁骨中线：内___ cm　外___ cm）

叩诊：心相对浊音界：正常　缩小　消失　扩大（左____　右____）

听诊：心率____次/分　　心律：整齐　不齐　　心音：正常　异常

腹部：视诊：外形：正常　膨隆　舟状腹　蛙腹

腹式呼吸：存在　消失　　胃肠型：无　有　　蠕动波：无　有

腹壁静脉：方向________手术瘢痕：________________________

触诊：全腹柔软　腹肌紧张　部位________________________________

压痛：无　有　部位________　反跳痛：无　有　部位________

肝____________胆囊____________Murphy征________________

脾　　　　　　腹部包块　　　　　其他

叩诊：肝浊音界：存在　缩小　消失　肝上界：右锁骨中线________肋间

肝区叩痛　脾区叩痛　肾区叩痛　移动性浊音：阴性　阳性

腹水____

听诊：肠鸣音：正常　亢进　减弱　消失　　气过水声：无　有

血管杂音：无　有　部位________________________________

直肠肛门：未查　正常　异常________________________________

外生殖器:未查　正常　异常________________________________

脊柱:正常　异常:畸形(________凸)压痛(部位________________________)

四肢:正常　异常:关节红肿:无　有　部位____________________________

关节强直:无　有　部位________杵状指(趾):无　有　部位________

肌肉萎缩:无　有　部位________肌力:正常　异常______________级)

神经系统:腹壁反射________________膝反射____________________________

病理反射:Babinski 征____________ Oppenheim 征______________

Gordon 征________ Chaddock 征__________________

脑膜刺激征:项强直:无　有　Kernig 征:无　有　Brudzinski 征:无　有

共济运动:指鼻试验____________轮替试验______________________________

跟膝胫试验__________ Romberg ____________________________

脑神经:____

专　　科

耳部:

耳郭:左侧:畸形:无　有　部位________分度________皮肤红肿:无　有

瘘管:无　有　其他:______________________________________

右侧:畸形:无　有　部位________分度________皮肤红肿:无　有

瘘管:无　有　其他:______________________________________

外耳道:左侧:狭窄/闭锁:无　有　皮肤:充血:无　有　肿胀:无　有

分泌物________新生物__________________________________

右侧:狭窄/闭锁:无　有　皮肤:充血:无　有　肿胀:无　有

分泌物________新生物__________________________________

鼓膜:左侧:色泽:正常　异常:充血　混浊　蓝鼓膜

钙化:无　有(紧张部　松弛部)　萎缩:无　有

穿孔:无　有(紧张部　松弛部)

右侧:色泽:正常　异常:充血　混浊　蓝鼓膜

钙化:无　有(紧张部　松弛部)　萎缩:无　有

穿孔:无　有(紧张部　松弛部)

鼓室:粘膜:正常　异常(左　右　充血　肿胀　上皮化　肉芽　硬化灶)

分泌物:左侧:无　有(粘液性　浆液性　脓性　血性)

右侧:无　有(粘液性　浆液性　脓性　血性)

胆脂瘤:无　有(左　右)　新生物:无　有(左　右)

乳突:皮肤:正常　异常(左　右　充血　肿胀　压痛)

瘘道:无　有(左　右)　新生物:无　有(左　右)

耳后沟:有　消失(左　右)

咽鼓管口:通畅:是　否

听力学检查____________________

面瘫:左:无　有(中枢性　周围性　完全性　不全性　分度)

右:无　有(中枢性　周围性　完全性　不全性　分度)

其他:____________________

鼻部:外鼻:畸形　无　有;红肿:无　有

鼻前庭:狭窄:无　有(左　右);皮肤:正常　红肿　疖肿　糜烂　皲裂　结痂

鼻腔:粘膜:红润　充血　苍白　水肿

鼻甲:充血:无　有(上、中、下,左、右、双侧)

肿大:无　有(上、中、下,左、右、双侧)

萎缩:无　有(上、中、下,左、右、双侧)

鼻甲息肉样变:无　有(上、中、下,左、右、双侧)

嗅裂:分泌物________息肉________新生物____________________

中鼻道分泌物:无　有(左、右、双侧)性质____________________

息肉:无　有(左、右、双侧)性质

新生物:无　有(左、右、双侧)

鼻中隔:偏曲　无　有　穿孔:无　有　部位____________________

新生物:无　有　出血:无　有

鼻窦:局部隆起:无　有　压痛:无　有　部位________　其他:________

咽部:口咽:粘膜:正常　异常　腮腺导管开口:正常　充血　溢脓

软腭:正常　异常(水肿、肥厚、麻痹、下塌及溃疡)

硬腭:正常　异常

悬雍垂:正常　异常(缺失、偏斜、肥厚、过长)

腭扁桃体:左侧:大小____度　色泽____隐窝(脓栓、溃疡、伪膜、新生物)

右侧:大小____度　色泽____隐窝(脓栓、溃疡、伪膜、新生物)

咽后壁:正常　异常(充血、溃疡、干燥、附痂、淋巴滤泡增生)

舌根及口底:________ 其他:________

鼻咽:粘膜:正常　异常(左、右;充血、糜烂、溃疡、新生物)

鼻咽腔:正常　异常(左、右;狭窄、闭锁)　增殖体:________

咽鼓管:正常　异常(左、右;开放、阻塞)　咽鼓管圆枕:________

咽隐窝:正常　异常(左、右;变浅、消失)

喉咽:喉咽后壁:________

梨状窝:左侧:积液:无　有　异物:无　有

右侧:积液:无　有　异物:无　有

新生物:无　有　环后隙:________ 其他:________

喉部:喉体:皮肤:正常　异常　外形:正常　异常

摩擦音:正常　异常　消失

会厌:正常　异常(充血、水肿、溃疡、新生物)

杓会厌皱襞:________ 室带:正常　异常(充血、水肿、增厚、新生物)

喉室:正常　异常　声带:正常　异常(充血、水肿、肥厚、声带沟、溃疡小结、息肉、新生物)

运动:正常　异常　杓状软骨:运动:正常　异常　粘膜:正常　异常

其他:________

____

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

____

____

初步诊断:________

医师签名:________

年　月　日　时　分

入院诊断:________

医师签名:________

年　月　日　时　分

十七、口腔科入院记录书写格式

______医院

口腔颌面外科入院记录

姓名：　　科别：　　床号：　　住院号：　　病区：

姓名：　　职业：

性别：　　工作单位：

年龄：　　住址：

婚姻：　　供史者：　　可靠程度：

出生地：　　入院时间：　年　月　日　时　分

民族：　　记录时间：　年　月　日　时　分

病　史

主诉：______

______

现病史：______

既往史：一般健康状况______药物过敏史______

输血史______血型______传染病史______

外伤手术史______

预防接种史______其他：______

个人史：是否到过传染病流行区______

饮酒情况______吸烟情况______

月经史：______

婚育史：配偶健康状况______

家族史：______

其他：______

体 格 检 查

T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____mmHg

一般情况：体重______kg　发育______营养______体位______

神志______

皮肤____

浅表淋巴结____________________________________

头颈部：巩膜黄染________ 瞳孔：等大等圆、不等（左____ cm　右____ cm）

对光反射____

颈静脉怒张：无　有　气管：居中　偏移（左　右）　甲状腺：正常

异常（其他见专科检查）

胸部：胸廓________　呼吸运动________　呼吸音________________

心律________　心率________次/分　病理性杂音________________

乳腺________________　其他：________________________

腹部：视诊：外形_____　腹式呼吸________　胃（肠）型________________

蠕动波________　腹壁静脉________　手术瘢痕________________

其他：____

触诊：腹壁紧张度______压痛______反跳痛______部位______其他：___

肝脏____

脾脏____

叩诊：肝浊音界______肝上界：右锁骨中线第______肋间，肝区叩痛____

脾区叩痛______肾区叩痛______移动性浊音______其他：________

听诊：肠鸣音______次/分　气过水音______血管杂音______部位______

脊柱四肢：____

直肠肛门：____

外生殖器：____

神经系统：____

其他：____

____

专 科 情 况

____

____

____

____

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果（包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果）

____

____

初步诊断：

医师签名：

年　月　日　时　分

入院诊断：

医师签名：

年　月　日　时　分

十八、重症医学科入院记录书写格式

____________医院

重症医学科入院记录

姓名：　　　　科别：　　　　床号：　　　　住院号：　　　　病区：

姓名：　　　　　　职业：

性别：　　　　　　工作单位：

年龄：　　　　　　住址：

婚姻：　　　　　　供史者：　　　　　　可靠程度：

出生地：　　　　　入院时间：　年　月　日　时　分

民族：　　　　　　记录时间：　年　月　日　时　分

病　　史

主诉：____

现病史：____

既往史：一般健康状况：良好　一般　较差　疾病史：无　有__________

传染病史：无　有________________________________

预防接种史：无　不详　有　　预防接种疫苗______________

手术外伤史：手术：无　有　　手术名称及时间____________

外伤：无　有　　外伤情况及时间____________

输血史：无　有　　输血时间__________　输血反应__________

药物过敏史:无　不详　有　　过敏药物名称及过敏情况__________

个人史:经常居留地________________　疫水接触史______________________

吸烟史:无　有　平均____支/日　时间____年

戒烟:否　是　时间________

饮酒史:无　有　平均____克/日　时间____年

戒酒:否　是　时间________

毒品接触史:无　有　毒品名称____________　时间______________

月经史:____

婚育史:____

家族史:____

体 格 检 查

T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____ mmHg

一般情况:发育:正常　不良　超常　营养:良好　中等　不良　恶病质

神志:清楚　嗜睡　模糊　昏睡　浅昏迷　中度昏迷　深昏迷　谵妄

身高________ cm　体重________ kg　胸围________ cm

表情:自如　其他____________　检查合作:是　否

体型:无力型　正力型　超力型　步态:正常　不正常

体位:自动体位　被动体位

皮肤粘膜:色泽:正常　苍白　潮红　发绀　黄染　色素沉着　其他:_______

皮疹:无　有　　　　　　皮下出血:无　有

肝掌:无　有　　　　　　蜘蛛痣:无　有　其他:____________

淋巴结:浅表淋巴结肿大:无　有______________________________________

头部:头发分布:正常　异常　其他:__________________________________

眼:正常　异常　瞳孔:等大等圆　不等(左____ mm　右____ mm)

对光反射:正常　异常

耳:外耳道异常分泌物:无　有　　乳突压痛:无　有

听力障碍:无　有

鼻:鼻翼扇动:无　有　　异常分泌物:无　有　　鼻窦压痛:无　有

口腔:唇:正常　异常　　粘膜:正常　异常　　舌:正常　异常

齿:正常　异常　　齿龈:正常　异常　　扁桃体:正常　异常

咽：正常　异常

颈部：颈项强直：无　有　　下颌距胸骨________ cm

颈静脉：不显露　充盈　怒张

颈动脉：搏动正常　搏动增强　搏动减弱

肝颈静脉回流征：阴性　阳性　　颈部血管杂音：无　有

气管：正中　偏移(左/右)　　甲状腺：正常　异常

胸部：胸廓：正常　畸形____

乳房：正常　异常________________胸骨叩痛：无　有________________

肺：视诊：呼吸运动：正常　异常______________________________

触诊：语颤：正常　异常________________胸膜摩擦感：无　有_____

叩诊：正常清音　异常____

听诊：呼吸音：正常　异常　　啰音：无　有

语音传导：正常　异常　　胸膜摩擦音：无有

心：视诊：心前区隆起：无　有　　心尖搏动：正常　异常

心尖搏动位置：正常　移位(距左锁骨中线____内____ cm ____外____ cm)

触诊：心尖搏动：正常　抬举性　负性搏动

震颤：无　有　　心包摩擦感：无　有

叩诊：心脏相对浊音界：正常　异常

右	肋间	左
	Ⅰ	
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	

(前正中线距锁骨中线________ cm)

听诊：心率：______次/分　心律：整齐　不齐　绝对不齐

过早搏动：无　有　心音：正常　异常

杂音：无　有(部位　传导　时期　性质　强度　影响因素)_____

心包摩擦音：无　有

周围血管征及其他：无　有　枪击音　Duroziez 双重杂音　毛细

血管搏动征

奇脉　交替脉　水冲脉　脉搏短绌　其他:________________

腹部:视诊:外形:正常　膨隆　凹陷　手术瘢痕:无　有

触诊:全腹柔软　腹肌紧张　压痛:无　有

反跳痛:无　有　腹部包块:无　有

肝脏:未触及　触及　肋下______ cm　剑突下______ cm

质地________表面________边缘________压痛__________

胆囊:Murphy 征:阴性　阳性　其他:________________

脾脏:未触及　触及________________________________

肾脏:未触及　触及________________________________

叩诊:肝浊音界:上界________________下界________________

听诊:肠鸣音:正常　亢进　减弱　消失　气过水声:无　有

直肠肛门:未查　正常　异常________________________________

外生殖器:未查　正常　异常________________________________

脊柱:正常　异常____

四肢:正常　异常　关节红肿________　关节强直________

杵状指(趾)____

Osler 结________　Janeway 结________　肌肉萎缩________

其他:____

神经系统:正常　异常____

全身重要脏器功能评估

一、一般情况:____

SPO_2 _____%(吸氧_____氧流量_____机械通气_____氧浓度______)

四肢末梢温度:温暖干燥　温暖潮湿　冷而干燥　冷而潮湿

其他:____

二、脏器功能评价

循环:影像学检查____

实验室检查____

基础血压________ mmHg;目前血压________ mmHg;

使用血管活性药物:否　是

血管活性药物的种类及单位时间计量________________

呼吸:影像学检查________________________________

实验室检查________________________________

需要机械通气:否　是

人机协调情况:良好　稍有对抗　对抗严重

呼吸机模式________________________________

呼吸机参数:频率________潮气量________吸入氧浓度________

PEEP ________动脉血气:氧分压________二氧化碳分压______

pH 值________ BE 值________ PaO_2/FiO_2 ________________

肾脏:影像学检查________________________________

实验室检查________________________________

入院前每日尿量______________________________

使用利尿剂:否　是　　水肿:无　有

水肿程度:仅双脚踝　小腿　大腿　全身

需行肾脏替代治疗:否　是

肝脏:影像学检查________________________________

实验室检查________________________________

肝性脑病:无　有(____________期)

胃肠:影像学检查________________________________

实验室检查________________________________

上消化道出血:无　有____________________________

是否有　　胃肠蠕动消失　　消化道坏死穿孔

血液:实验室检查________________________________

DIC:有　无

代谢:实验室检查________________________________

是否使用胰岛素:是　否

骨骼肌萎缩　无力

三、评分系统:

通用评分:APACHⅡ:________分,(时间:________)

专有评分:(GCS:________创伤评分________肺部感染评分________

RANSON 评分等)

辅助检查

门诊及院外重要辅助检查结果（包括检查项目、医疗机构名称、日期结果）

初步诊断：

医师签名：

年 月 日 时 分

入院诊断：

医师签名：

年 月 日 时 分

注：下列各专科入院记录参照括号中备注的科室入院记录格式，专科情况突出各专科特点。

十九、整形外科入院记录书写格式（同外科入院记录格式）

二十、皮肤性病科入院记录书写格式（同内科入院记录格式）

二十一、放射肿瘤科入院记录书写格式（同内科入院记录格式）

二十二、介入放射科入院记录书写格式（同内科入院记录格式）

二十三、康复医学科入院记录书写格式（同内科入院记录格式）

二十四、核医学科入院记录书写格式（同内科入院记录格式）

第五章　中医、中西医结合病历书写要求与格式

中医、中西医结合病历（以下统称“中医病历”）应按照卫生部、国家中医药管理局颁布的《中医病历书写基本规范》（国中医药医政发〔2010〕29 号）及本规范的基本原则、要求书写。

1. 中医病历书写是指医务人员通过望、闻、问、切及辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、辨证分析、整理形成医疗活动记录的行为。

2. 中医医疗机构的医务人员及综合性医疗机构的中医科室医务人员应书写中医病历。

3. 中医术语的使用应依据中华中医药学会最新颁布的中医常见病诊疗标准，教育部和国家中医药管理局最新出版的规划教材等有关标准和规范；中药名称的使用应按照《中华人民共和国药典》（最新版）的规定。

4. 中医病历书写中涉及的疾病诊断，应包括中医诊断和西医诊断，其中中医诊断应包括疾病诊断和证候诊断；中医治疗应遵循辨证论治的原则。

5. 中医住院病案首页应当按照《国家中医药管理局关于修订中医住院病案首页的通知》（国中医药医政发〔2011〕54 号）的规定填写。凡本次修订的病案首页与前一版病案首页相同的项目，未就项目填写内容进行说明的，仍按照《国家中医药管理局关于修订印发中医住院病案首页的通知》（国中医药发〔2001〕6 号）的规定书写。

6. 中医病历中护理记录应按照国家中医药管理局颁布的《中医护理常规、技术操作规程》和安徽省中医药学会护理专业委员会制订的标准要求书写。

第一节 门(急)诊病历要求与格式

门(急)诊病历内容包括门(急)诊病历首页[门(急)诊手册封面]、病历记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。门(急)诊病历(记录)分为初诊病历和复诊病历。应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

一、封面

门(急)诊病历封面内容包括患者姓名、性别、出生年月、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

二、首页

门(急)诊病历首页内容包括患者姓名、性别、出生年月、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目,项目内容应由首诊医师填写。

三、门诊初诊病历(记录)

就诊时间:　　年　月　日　时　分　　科别:

主诉:患者就诊时主要症状(或体征)及持续时间。

现病史:主症发生的时间、病情的发展变化、诊治经过。

既往史:既往重要的病史。

检查:记录生命体征、中西医检查阳性体征及具有鉴别意义的必要阴性体征等,特别要注意中医四诊情况,包括舌象、脉象;记录就诊时已获得的辅助检查结果。

诊断:

　中医诊断:包括疾病诊断和证候诊断。

　西医诊断:

诊疗意见:

1. 中医论治应记录治法、方药、剂量、用法等。
2. 西医治疗应记录治法、药品名称、剂量、用法等。
3. 进一步检查的项目。
4. 饮食起居宜忌、随诊要求、注意事项等。

医师签名：

四、门诊复诊病历(记录)

就诊时间：　　年　月　日　时　分　　科别：

主诉及病史：上次诊疗后的病情变化和治疗反应。与前次症状、体征相同者可用“病史同前”来表述。

检查：着重记录原来阳性体征的变化和新出现的阳性体征，特别要注意中医四诊情况，包括舌象、脉象；记录就诊时已获得的辅助检查结果。

诊断：

中医诊断：包括疾病诊断和证候诊断。

西医诊断：

治疗处理意见：

1. 中医论治应记录治法、方药、剂量、用法等。

2. 西医治疗应记录治法、药品名称、剂量、用法等。

3. 需补充的检查项目。

4. 饮食起居宜忌、随诊要求、注意事项等。

5. 复诊病历(记录)中同一医师守方超过3次以上，必须重新誊写处方。

医师签名：

五、急诊病历

急诊病历的书写内容及要求同“门诊病历”，就诊时间须具体到分钟。对因病情需要留院观察的患者，应当书写“急诊留观记录”(格式与内容同“入院记录”)，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。实施中医治疗的，应记录中医四诊、辨证施治情况等。抢救危重患者时，应当书写“抢救记录”，门(急)诊抢救记录书写应按照住院病历关于抢救记录书写内容及要求执行。

第二节　住院病历要求与格式

住院病历内容包括住院病案首页、入院病历、入院记录、病程

记录(含抢救记录)、病例讨论记录、会诊记录、体温单、医嘱单、辅助检查报告单、医学影像检查资料、病理资料、特殊检查(治疗)同意书、麻醉记录单、麻醉同意书、手术同意书、输血治疗知情同意书、手术及手术护理记录单,护理记录、出院记录(或死亡记录)、病危(重)通知书等。

一、入院病历

入院病历是患者入院后,由实习医师或试用期住院医师采集病史后书写的仅供临床教学使用的记录。实习医师或试用期住院医师书写后须经上级医师修改、签名,其格式和内容如下:

(一)一般项目

姓名、性别、年龄(填写实足年龄或出生年、月、日,不可用"儿"或"成"代替,婴幼儿应写月或天)、婚姻状况、出生地(写明省、市、县)、民族、职业、工作单位、住址(农村患者应记录到村,城镇患者记录到街道门牌号)、入院时间、记录时间(均应具体到时、分)、发病节气、病史陈述者(代述者应注明与患者的关系)。

(二)主诉

主诉是指促使患者就诊的最主要原因,包括症状(或体征)及其持续时间。主诉要简明精练,一般情况下不宜用诊断或检查结果代替。

(三)现病史

是病史中主体部分,应围绕主诉进行描写。主要内容包括:

(1)起病情况与主要症状出现的时间:包括发病缓急,有无前驱症状,有无可能的病因和诱因。

(2)主要症状的特点:包括部位、性质、程度和持续时间及缓解或加剧等变化。

(3)病情发展和演变:在患病过程中,主要症状的变化和新症状的出现,症状是持续性还是间歇性发作,是进行性加重还是逐渐好转、缓解,加重者是否有加重因素等。

(4)伴随症状:各种伴随症状出现的时间、特点及其演变过程,与其他症状之间的相互关系,常常是疾病鉴别的依据。

(5)结合中医“十问”,记录目前情况。

(6)记录与鉴别诊断有关的阴性资料。

(7)诊治经过:何时、何处就诊,检查结论,诊断何病,经何种治疗,药物名称、剂量、疗效。

(8)一般情况:目前的食欲、大小便、精神、体力、睡眠、体重变化等情况。

(9)其他:凡与现患病直接有关的病史应包括在内;若存在2个以上不相关的未愈疾病时,现病史可分段叙述。

(四)既往史

是指患者本次发病以前的健康状况回顾,包括:

(1)预防接种及传染病患病史。

(2)药物及其他过敏史。

(3)手术、外伤史及输血史。

(4)其他过去健康状况及疾病的系统回顾。

①呼吸系统:慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难、气喘、咯血、低热、盗汗及肺结核患者密切接触史等。

②循环系统:心悸、气急、胸闷、发绀、咯血、心前区疼痛、晕厥、水肿及高血压、动脉硬化、心脏病、风湿热病史等。

③消化系统:食欲改变、腹胀、腹痛、嗳气、反酸、呕血、黑便、便血、黄疸、腹泻、便秘等。

④泌尿系统:尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、腰痛、水肿、肾毒性药物应用史,铅汞化学毒物接触或中毒史及下疳、淋病、梅毒等性病史。

⑤造血系统:乏力、头晕、皮肤或粘膜出血点、淤斑、反复鼻衄、牙龈出血、骨骼痛、化学药品、工业毒物及放射性物质接触史等。

⑥内分泌及代谢系统:畏寒、怕热、多汗、食欲异常、消瘦、口干、多饮、多尿史、头痛、视力障碍、肌肉震颤及性格、体重、皮肤、毛发和第二性征改变等。

⑦神经系统及精神状态:头痛、晕厥、失眠、嗜睡、意识障碍、抽

搐瘫痪、视力障碍、感觉及运动异常、性格改变、记忆力和智能减退史及幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常等。

⑧肌肉骨骼系统：关节肿痛、运动障碍、肢体麻木、痉挛、萎缩、外伤、骨折史等。

(五)个人史、婚育史和月经史

(1)出生地及居留地区和居留时间，有无血吸虫病疫水接触史，是否到过其他地方病或传染病流行地区及其接触情况。

(2)生活习惯及嗜好：有无嗜好(烟、酒，常用药品，麻醉毒品)及其用量和年限。

(3)职业和工作条件：有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史。

(4)冶游史：有无婚外性行为，是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

(5)婚姻史：结婚年龄、配偶健康状况、性生活情况，是否近亲结婚，若配偶死亡，应说明死因、时间。

(6)月经、生育史：初潮年龄、月经周期、行经天数，末次月经日期、闭经日期或绝经年龄等(可按如下格式记录)，月经量、颜色、有无血块、痛经、白带等。

初潮年龄$\frac{\text{行经期天数}}{\text{月经周期天数}}$末次月经日期(或闭经年龄)。

生育情况：按足月分娩数－早产数－流产或人流数－存活数的顺序写明，并应注明有无死产、手术产、产褥感染及计划生育措施。

(7)其他专科患者对个人史还有特殊要求，详见相关章节。

(六)家族史

(1)父母、兄弟、姐妹及子女的健康状况，是否患有与患者同样的疾病；如有死亡者，应记录死亡原因及年龄。

(2)家族中有无患结核、肝炎、性病等传染性疾病患者。

(3)有无家族性遗传性疾病，如糖尿病、血友病等。

（七）体格检查

体温____　脉搏____　呼吸____　血压____

1. 一般状况：发育（正常、异常），营养（良好、中等、不良、肥胖），神志（清晰、淡漠、模糊、嗜睡、昏睡、谵妄、昏迷），体位（自主、被动、强迫），面容与表情（安静，忧虑，烦躁，痛苦，急、慢性病容或特殊病容），查体是否合作。

2. 皮肤粘膜：颜色（正常、潮红、苍白、发绀、黄染、色素沉着），温度、湿度、弹性，有无水肿、皮疹、淤点、紫癜、皮下结节、肿块、蜘蛛痣、肝掌、溃疡和瘢痕，毛发的生长及分布。

3. 浅表淋巴结：全身或局部淋巴结有无肿大（部位、大小、数目、硬度、活动度或粘连情况，局部皮肤有无红肿、压痛、波动、瘘管、瘢痕等）。

4. 头部及其五官

（1）头颅：大小、形状、有无肿块、压痛、瘢痕、头发（量、色泽、分布、秃发）。

（2）眼：眉毛（脱落、稀疏），睫毛（倒睫），眼睑（水肿、运动、下垂），眼球（凸出、凹陷、运动、斜视、震颤），结膜（充血、水肿、苍白、出血、滤泡），巩膜（黄染），角膜（云翳、白斑、软化、溃疡、瘢痕、反射、色素环），瞳孔（大小、形态、对称或不对称，对光反射及调节与辐辏反射）。

（3）耳：有无畸形、分泌物、乳突压痛、听力。

（4）鼻：有无畸形、鼻翼扇动、分泌物、出血、阻塞，有无鼻中隔偏曲或穿孔和鼻窦压痛等。

（5）口腔：气味、有无张口呼吸，唇（畸形、颜色、疱疹、皲裂、溃疡、色素沉着），牙（龋齿、缺牙、义牙、残根，注明位置右一｜一左，斑釉牙），牙龈（色泽、肿胀、溃疡、溢脓、出血、铅线），舌（形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、震颤、偏斜），颊粘膜（出疹、出血点、溃疡、色素沉着），咽（色泽、分泌物、反射、悬雍垂位置），扁桃体（大小、充血、分泌物、假膜），喉（发音清晰、嘶哑、喘鸣、失音）。

5. 颈部：对称，是否强直，有无颈静脉怒张、肝颈静脉回流征、颈动脉异常搏动，气管位置，甲状腺（大小、硬度、压痛、结节、震颤、血管杂音）。

6. 胸部：胸廓（对称、畸形，有无局部隆起或塌陷、压痛），呼吸（频率、节律、深度）、乳房（大小、乳头、有无红肿、压痛和肿块），胸壁有无静脉曲张，皮下气肿等。

肺：

视诊：呼吸运动（两侧对比）、呼吸类型，有无肋间隙增宽或变窄。

触诊：呼吸活动度、语音震颤（两侧对比），有无胸膜摩擦感、皮下捻发感等。

叩诊：叩诊音（清音、过清音、浊音、实音、鼓音及其部位），肺下界及肺下界移动度。

听诊：呼吸音（性质、强弱、异常呼吸音及其部位），有无干、湿性啰音和胸膜摩擦音，语音传导（增强减弱、消失）等。

心脏：

视诊：心前区隆起，心尖搏动或心脏搏动位置、范围和强度。

触诊：心尖搏动性质、位置，有无震颤（部位、期间）和摩擦感。

叩诊：心脏左、右浊音界（相对浊音界）用左、右第二、三、四、五肋间距正中线的距离（cm）表示。须注明左锁骨中线距前正中线的距离（cm）。

右（cm）	肋间	左（cm）
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

（前正中线距锁骨中线________ cm）

听诊：心率、心律、心音的强弱，肺动脉瓣区第二心音（P_2）和主动脉瓣区第二心音（A_2）强度的对比，有无心音分裂，额外心音、杂音（部位、性质、收缩期或舒张期或连续性、强度、传导方向以及与运动、体位和呼吸的关系；收缩期杂音强度用六级分法，如描叙3级收缩期杂音，应写作“3/6级收缩期杂音”；舒张期杂音分为轻、中、重三度）和心包摩擦音等。

桡动脉：脉搏频率，节律（规则、不规则、脉搏短绌），有无奇脉和交替脉等，搏动强度，动脉壁弹性，紧张度。

周围血管征：有无毛细血管搏动，股动脉射枪音，Duroziez双重杂音、水冲脉和其他动脉异常搏动。

7. 腹部：腹围（腹水或腹部包块等疾病时测量）。

视诊：形状（对称、平坦、膨隆、凹陷），呼吸运动，胃肠蠕动波，有无皮疹、色素、条纹、瘢痕、腹壁静脉曲张（及其血流方向），疝和局部隆起（器官或包块）的部位、大小、轮廓、腹部体毛。

触诊：腹壁紧张度，有无压痛、反跳痛，液波震颤，肿块（部位、大小、形状、硬度、压痛、移动度、表面情况、搏动）。

肝脏：大小（右叶以右锁骨中线肋下缘，左叶以前正中线剑突下至肝下缘以cm来表示），质地（Ⅰ度：软；Ⅱ度：韧；Ⅲ度：硬），表面（光滑度），边缘，有无结节、压痛和搏动等。

胆囊：大小、形态，有无压痛，Murphy征。

脾脏：大小、质地、表面、边缘、移动度，有无压痛，摩擦感，脾脏明显肿大时以三线测量法表示，（见图1）。

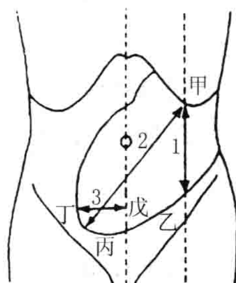


图1　脾肿大测量法

“1”线：左锁骨中线与左肋弓缘交点至脾下缘的距离，即甲乙线。

“2”线：左锁骨中线与左肋弓缘交点到最远脾尖之间的距离，即甲丙线。

“3”线：正中线至脾右缘的最大距离，即丁戊线，超过正中线以“＋”表示，未超过正中线以“－”表示。

肾脏：大小、形状、硬度、移动度，有无压痛。

膀胱：膨胀与否、有无压痛。

肾及输尿管压痛点有无压痛。

叩诊：肝上界在第几肋间，肝浊音界（缩小、消失），肝区叩击痛，有无移动性浊音、高度鼓音，肾区叩击痛等。

听诊：肠鸣音（正常、增强、减弱、消失、金属音），有无振水音、血管杂音。

8. 肛门、直肠：视病情需要检查。有无痔疮、肛裂、脱肛、肛瘘。直肠指诊（括约肌紧张度，有无狭窄、肿块、触痛、指套染血，前列腺大小、硬度，有无结节及压痛等）。

9. 外生殖器：根据病情需要作相应检查。

(1)男性：包皮、阴囊、睾丸、附睾、精索，有无发育畸形、溃疡、鞘膜积液。

(2)女性：参见妇科检查。男医师检查时须有女医护人员在场，必要时请妇科医生检查。

10. 脊柱：活动度，有无畸形（侧凸、前凸、后凸）、压痛和叩击痛等。

11. 四肢：有无畸形，杵状指（趾），静脉曲张，骨折及关节红肿、疼痛、压痛、积液、脱臼、强直、畸形，水肿、肌肉萎缩，肌力、肌张力变化或肢体瘫痪等。

12. 神经反射

(1)生理反射：浅反射（角膜反射、腹壁反射、提睾反射），深反射（肱二头肌、肱三头肌及膝腱、跟腱反射）。

(2)病理反射：巴彬斯奇征、奥本汉姆征、戈登征、查多克征、霍夫曼征。

(3)脑膜刺激征：颈项强直，克尼格征，布鲁金斯基征。

13. 舌象：舌质及舌苔。

14. 脉象：各种脉象。

15. 专科情况：外科、骨伤科、妇产科、皮肤科、肛肠科、针灸科、推拿科、脑病科等专科需写专科情况，主要记录与本专科有关的特殊体征，前面体格检查中的相应项目不必重复书写。

(八)辅助医学检查

目前进行和已获得的本院与外院的与主要诊断相关检查项目及结果，应注名医疗机构名称及时间(入院 24 小时以后的检查不包括在内)。

(九)辨病辨证依据

汇集四诊资料，运用中医临床辨证思维，得出中医辨病辨证依据。

(十)西医诊断依据

从病史、症状、体征和辅助检查等多方面总结出主要疾病的诊断依据。

(十一)诊断

1. 诊断名称应确切规范，分清主次，按顺序排列，主要疾病在前、次要疾病在后，并发病列于有关主病之后，伴发病排列在最后。诊断应尽可能包括病因诊断、病理、解剖及功能诊断，疾病分型分期。如一时难以明确诊断，与门诊要求一致，可以突出的症状或体征为主题标示“待诊”或“待查”，并注明 1～2 个可能性较大病名作为参考。

2. 初步诊断：入院时的诊断一律写“初步诊断”。写在入院病历末页中线右侧，由书写“入院病历”者签名。

3. 入院诊断：患者住院后主治医师首次查房所确定的诊断为“入院诊断”。入院诊断须在患者入院后 48 小时内完成，并

注明时间。

4. 修正诊断(包括补充诊断):凡初步诊断、入院诊断不符合或不完善的,上级医师可用红笔作出修正或补充诊断,记录于病史末页中线左侧、“入院诊断”的下方,并签名、注明时间。

5. 上述诊断均应包括中医疾病及证候诊断和西医诊断。

二、入院记录

入院记录是指患者入院后,由经治医师或值班医师通过望、闻、问、切及辅助检查获得有关资料,并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为(首次)入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。

入院记录应简明扼要,重点突出。其主诉、现病史与“入院病历”要求相同,其他病史(如既往史、个人史、月经生育史、家族史)和体格检查可以简明记录,免去系统回顾和病史摘要。入院记录应由本医疗机构认可的具有执业资格的医师书写,其格式及内容如下。

(一)一般内容

包括姓名、年龄、性别、职业、婚姻、出生地、民族、工作单位、住址、发病节气、病史陈述者、入院时间、记录时间等。

(二)主诉

患者就诊的主要原因,包括主要症状(或体征)及持续时间。

(三)现病史

是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况,应当按时间顺序书写,并结合中医问诊,记录目前情况。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化,以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1. 发病情况:记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2. 主要症状特点及其发展变化情况:按发生的先后顺序描述

主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“”）以示区别。

5. 发病以来一般情况：结合“十问”简要记录患者发病后的寒热、饮食、睡眠、情志、二便、体重等情况。

与本次疾病相关的疾病史应分段记入现病史；与本次疾病虽无紧密关系但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

（四）既往史

简要记录过去的健康和疾病情况，包括一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术史、外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

（五）个人史、婚育史、女性患者月经史、家族史应简明叙述，但与现患病有关的情况仍须详细描述。

1. 个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2. 婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录经带胎产史，初潮年龄、行经天数、间隔天数、末次月经日期（或闭经年龄），经量、痛经及生育等情况。

3. 家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（六）中医望、闻、切诊

应记录神色、形态、语声、气息、舌象、脉象等。

（七）体格检查

应按系统顺序进行书写，包括：体温、脉搏、呼吸、血压、一般情况、皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官、颈部、胸部（胸廓、肺、心脏、血管）、腹部（肝、脾等）、直肠肛门、外生殖器、脊柱四肢、神经系统等。

（八）专科情况

应根据专科需要记录专科特殊情况。

（九）辅助医学检查

记录入院前在其他医疗机构进行的与本次疾病相关的主要检查及结果，应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查日期；入院 24 小时后的检查结果不记录在内。

（十）入院诊断

首先由接诊医生根据病史综合分析作出初步诊断，并注明年月日；如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

患者入院后经进一步检查和治疗，如发现初步诊断有误或不完全，经治医师可再次作出修正（或补充）诊断；主治医师首次查房后应依据病史、体征、辅助检查结果作出入院诊断。上述诊断应包括中医疾病及证候诊断和西医诊断。

（十一）医师签名

应由经治医师或值班医师签名。

三、再次（或多次）入院记录

1. 再次或多次入院记录，是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同“入院记录”。由住院医师书写“第××次入院记录”。

2. 再次或多次入院记录中的一般项目、主诉、现病史同“入院记录”病史。必须将本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，以及上次出院后至本次入院前的病情及治疗经过，详细记入现病

史中，重点描述本次发病情况，体格检查项目要求与第 1 次“入院记录”相同。

3. 既往史、个人史、家族史可以从略，只补充新的情况，但需注明“参阅前病历”及前病历的住院号。

4. 如因新发疾病再次住院，则需按“入院记录”要求书写，并将过去的住院诊断按疾病性质分别列入现病史和既往史中。

四、24 小时内入出院记录

患者入院不足 24 小时出院的，可以书写“24 小时内入出院记录”。内容包括姓名、性别、年龄、婚姻、出生地、民族、职业、工作单位、住址、供史者（注明与患者关系）、入院时间、出院时间、记录时间、主诉、入院情况（简要病史及体检）、入院诊断、诊疗经过、出院时间、出院情况、出院诊断、出院医嘱，医师签名等。

如在患者出院之前已完成入院记录、首次病程记录的书写，可不再书写“24 小时内入出院记录”。

五、24 小时内入院死亡记录

入院不足 24 小时死亡的患者，可以书写“24 小时内入院死亡记录”。内容包括姓名、性别、年龄、婚姻、出生地、民族、职业、工作单位、住址、供史者（注明与患者关系）、主诉、入院时间、入院情况、入院诊断、诊治经过（抢救经过）、死亡时间（具体到时、分）、死亡原因、死亡诊断、医师签名等。

六、病程记录

病程记录是指继“入院记录”之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况及证候演变情况、重要的辅助检查结果及临床意义、医师查房意见、会诊意见、病例分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

1. 首次病程记录除应按本规范规定的格式与内容书写外，还应包括中医辨病辨证依据与分析、中医类证鉴别分析、中医治疗措施及中医调护等。

2. 日常病程记录应体现汇集四诊资料，运用中医辨证思维，对病情变化进行理法分析并作出正确的方药处置。

3. 上级医师查房记录应体现上级医师对病情补充和辨证分析、理法方药调整、新理论及技术应用、转归和预后判断等。

4. 其他病程记录，如病例讨论记录、转出（入）记录、阶段小结等，均应体现辨证论治。

5. 病重（病危）护理记录应体现辨证施护。

6. 中医方药记录格式参照中药饮片处方相关规定执行。

第三节　中医各专科病历书写要求

一、儿科

（一）既往史

患儿平素体健，否认麻疹、水痘、流行性腮腺炎、百日咳等传染病。按计划进行预防接种，（　　）年（　　）月（　　）日已接种（　　），无疫苗接种不良反应。

（二）个人史

1. 母亲妊娠史：母孕期健康状况（　　），饮食情况（　　），营养状况（　　），妊娠期有无患过疾病（如早期有无风疹，巨细胞病毒感染等），（有、无）子宫出血、（有、无）妊娠高血压、（有、无）子痫等并发症，未曾接受过 X 线及 CT 检查，未接触化学毒物及电离辐射。

2. 母亲分娩史：母孕期（W），GXPX，是否足月产或过期产，生产方式（顺产、产钳、难产、剖宫产）。

3. 出生后情况：出生体重（　　）kg，出生时无窒息抢救史，无面色青紫或苍白，无出血，无惊厥及昏迷，无畸形，无黄疸病史。

4. 喂养史：生后喂养方式（部分母乳喂养、人工喂养、母乳喂养），（　　）个月添加辅食，（　　）个月开始普食，（　　）月断奶，断奶后饮食正常，无偏食。

5. 发育史：（　　）个月抬头、（　　）个月坐、（　　）个月站、（　　）个月独立行走、（　　）个月发单音、（　　）个月会讲话。学

习成绩(　　)。

(三)体格检查

前囟门(cm×cm),平软,指纹现于(风关、气关、命关),色(浮红、紫滞)。

二、妇科

1. 既往史应记录曾患何种疾病;手术史,尤其腹部手术史;输血史等。

2. 婚育史应记录结婚年龄,配偶情况,不孕症患者应询问性生活史及丈夫精液检查情况。

3. 经带史应记录初潮年龄,月经周期及经期持续时间;有无经前不适;末次月经日期;绝经后患者应询问绝经年龄,绝经后有无阴道流血;白带量、色、质、味。

4. 胎产史应记录足月产、早产、流产次数及现存子女数;分娩时有无难产史;新生儿出生情况;有无产后出血史;采用何种计划生育措施。

5. 家族史应记录父母及兄弟姐妹健康状况。

6. 体格检查应记录外阴的婚产型,有无肿物,阴毛分布情况;阴道粘连及分泌物情况;宫颈大小,有无糜烂、出血等;宫体位置,大小,形状,质地,活动度,压痛;附件有无增厚,包块,压痛。

三、皮肤科

(一)病史

1. 主诉:应记述病损的部位、性质、自觉症状与病期。

2. 现病史:应详询以下各点:可能的病因或诱因,如饮食、接触史、药物史、感染史等。初发病损的类型、形态、部位。病损发生的次序,进展速度和演变情况。局部和全身的自觉症状与程度。病情与季节、气候、饮食、环境、职业、精神状态等有何关系。治疗经过与疗效,有无不良反应。

3. 过去史:曾患过何种皮肤病,有无药物过敏与其他变态反应性疾病及传染病史。

4. 个人史：应注意职业、族居地，有无与类似患者接触及不洁性交史。

5. 家族中或所接触人群中有无同类皮肤病患者。父母是否近亲结婚。

（二）专科检查

皮损检查时应有充足的光线（以自然光线为佳）及适当的室温，应检视全身皮肤，注意毛发、指甲、粘膜是否正常，必要时可用放大镜协助检查，并画简图说明。应重点注意的项目如下：

1. 视诊：

（1）类型：原发或继发。

（2）分布：部分局限或泛发，单侧或对称，何处病损较多，遮盖部位或暴露部位，侵及伸侧或屈侧，皮肤粘膜交界与皮肤皱褶处有无病损，是否沿神经血管或按毛囊分布。

（3）排列：成群、散在、融合、孤立、弥漫性、线条性、环形或多弧形、蛇形或地图形。

（4）数目、大小与形态。

（5）颜色及表面状态（湿润或干燥，有无鳞屑及结痂）。

（6）界限是否分明，周围皮肤色泽如何。

2. 触诊：皮损硬度、肥厚及浸润程度，局部温度，有无压痛或波动，能否推动，必要时检查浅感觉有无障碍。

3. 压诊：以手指或玻片压迫局部，了解玻片下病损的色调及有无皮内出血。了解水肿是凹陷性还是非凹陷性。

4. 刮诊：用钝器在病损上轻刮，观察有无糠粃样鳞屑及鳞屑下面病损情况，如有无点状出血现象等。

5. 嗅诊：检查病损及分泌物有无特殊臭味。

6. 皮肤划痕试验：以钝器划痕后观察局部皮肤有无条状风团形成。

（三）辅助检查

包括皮肤组织病理学检查、真菌学镜检或培养、过敏原检测、

wood 灯照射、性病实验室检查等。

四、骨伤科

1. 望诊：记录患者神、色、形、态。如患者精神、面部表情、体位，行走步态。局部情况：如损伤部位，有无畸形，局部有无肿胀及萎缩；皮肤色泽、水泡、淤斑。伤口情况：大小、形状、有无活动性出血、肌腱外露，伤口污染情况，分泌物及量、色泽等。

2. 触诊：记录皮肤、肌肉、肌腱及肿块情况。如压痛、波动感、粘连、紧张及痉挛、骨折的骨擦感、皮下捻发感。肿块的质地、大小、形状、活动度、与周围组织界限。

3. 骨关节检查：记录关节僵硬、强直，异常活动，关节活动范围，弹性固定等。

4. 神经、血管检查：记录皮肤感觉、末梢血液循环、生理反射及病理反射检查。

5. 量诊：记录肢体长度、周经、主被动关节活动范围(以中立位0°法计算)。

五、肛肠科

1. 现病史应注意记录肛肠病常见症状，如便血、腹痛、脱出物、肿物的出现与加重的原因；便血的量、色泽，疼痛的性质、程度、持续时间；脱出物的大小、回纳情况；患者的大便习惯、量、性状；是否有分泌物及其性状与量；伴随症状如肛门瘙痒、坠胀、发热等。

2. 个人史应注意询问与记录患者的生活习惯、饮食习惯、工作性质等情况。

3. 专科检查应有图示以标明病变。

视诊应注意检查与记录肛门及其周围的皮肤色泽有无肿块、静脉曲张、皮赘、外口、裂口，并标明其部位、大小、范围及其与周围正常组织界限等；外口有无分泌物及其性状。

指诊应注意记录肛门及其周围有无肿块(热度、硬度、波动感)；肛门括约肌有无痉挛或松弛，有无肛管狭窄及直肠粘膜松弛；

肛门内有无肿物(大小、压痛、活动度、质地、界限、有无蒂)、瘘管(部位、走向、有无分泌物及其性状),有无指套染血。

4. 肛镜检查应注意记录粘膜色泽、有无充血,齿线上粘膜有无隆起(部位、色泽),直肠下端肿物(部位、形态、大小、表面出血等)。

5. 其他检查如肛管内压测定、排粪造影等。

六、推拿科

1. 记录病变的主要临床表现如疼痛的部位、性质、有无放射痛、伴随症状等。

2. 功能检查应记录功能活动度,有无肿胀、肌紧张、压痛、结节或条索状物等,特殊功能检查的阳性体征及有鉴别意义的阴性体征。

七、针灸科

1. 体格检查要重视经络传感现象、体表压痛点、耳穴反应点等的检查与描述。

2. 治法要说明治则、取穴、针刺疗法、疗程间隔等。

八、外科

1. 重点记录局部所见及检查情况,如病变部位、范围、表面皮色、温度、肿势、硬度、活动度、触痛及疮面形状,分泌物性质、气味等。

2. 记录与本专科疾病有关的全身症状、阳性体征及特殊体检。

九、耳鼻咽喉科

1. 现病史

(1)耳部病史:①耳痛:部位、性质、程度。②耳鸣:时间(持续性、间歇性),强度(比喻某种声音)。③耳聋:突发性、进行性,程度。④眩晕:频发、偶发,发作时有无恶心、呕吐、耳内胀满感、步态异常、站立不稳及其倾倒方向。⑤分泌物:时间(持续性、间歇性),性质(脓性、血性、粘液性),量,气味等。

(2)鼻部病史:①鼻塞:持续性、间歇性、交替性。②分泌物:性质(脓性、粘液性、水样、血性、干痂),程度(少、中、多),与体位的关

系。③嗅觉：减退、丧失、异常。④鼻出血：频发、偶发，每次出血量。⑤有无鼻部外伤、出血、肿胀和骨折。

(3)咽喉部病史：①有无咽喉疼痛、干燥不适、异物阻塞、吞咽困难、食物反流等。②无声音嘶哑、发音障碍。

2. 专科检查

(1)耳：①耳郭：有无畸形、增厚、红肿、牵引痛，耳屏有无压痛，耳后沟是否消失，耳郭周围有无瘘管。②外耳道：有无耵聍栓塞、霉菌、异物、红肿、分泌物或新生物。③鼓膜：鼓膜活动情况，有无充血、肿胀、混浊、增厚、萎缩、鼓室积液影、瘢痕、肉芽、穿孔(大小、部位)，脓液性质，中耳腔有无肉芽、胆脂瘤。④乳突：有无红肿、压痛、波动、瘘管、瘢痕。(注：耳科患者另附听力检查，鼓膜病变需绘图说明。)

(2)鼻：①外鼻：有无畸形、压痛、红肿。②鼻前庭：鼻毛分布情况，有无触痛、疖肿、糜烂、皲裂、结痂。③鼻甲：有无充血、水肿、苍白、肥厚、干燥、萎缩和息肉样变。④鼻道：有无脓液（体位引流情况）、粘液、痂皮、息肉、新生物。⑤鼻中隔：有无偏曲、棘、嵴，粘膜有无糜烂、出血或穿孔及其部位。

(3)咽喉：①鼻咽部：粘膜有无充血、粗糙、浸润、溃疡、新生物，腺样体大小。②口咽部：软腭：有无水肿、麻痹、下塌、悬雍垂偏斜、溃疡。前后腭弓：有无充血、肿胀、溃疡、隆起、伪膜、新生物。咽后壁：有无肿胀、淋巴滤泡、溃疡、干燥、干痂，咽侧索有无肥厚。③喉部：会厌：类型，有无红肿、新生物。梨状窝：有无新生物、积液。室带(假声带)：有无红肿、增厚。声带：运动是否对称，有无闭合不良、充血、水肿、新生物。杓状软骨：运动情况，有无红肿、糜烂、新生物。(注：声带病变需绘图说明。)

(4)颈部及淋巴结：注意颈部及喉外部甲状软骨及环状软骨的外形，有无增厚、肿胀、压痛，吞咽时喉部情况，左右推动喉部时有无摩擦音。颈部淋巴结有无肿大（大小、数目、硬度，散在或融合），有无压痛及粘连。

第四节 中医病历质量评定标准

一、门(急)诊病历质量评定标准

项目及分值	质量要求及评定标准		减分
首页一般项目1分	姓名、性别、年龄等9项	缺项或错填每处减0.1分	
主诉 1分	记录患者就诊的主要症状或体征及持续时间	1. 不简明减0.5分 2. 不确切减0.5分 3. 错误不得分	
现病史 2分	主要症状发生时间、病情发展变化、诊治经过、既往重要病史	1. 应记录未记录每项减0.5分 2. 叙述不详或病史叙述不清减1分 3. 记录错误不得分 4. 遗漏1项既往重要病史减0.5分,减完为止	
检查结果 2分	生命体征、阳性体征、有鉴别意义的阴性体征和实验室检查结果、舌象、脉象	1. 应记录未记录每处减0.5分 2. 每缺1项减0.5分	
诊断 1分	中西医双重诊断	1. 不规范减0.5分 2. 未作诊断不得分	
诊疗意见 2分	理法方药一致,诊疗措施合理,准确记录药物名称、剂型、剂量、用量、用法等,随诊要求及注意事项	1. 记录不完整、不具体每处减0.5分 2. 理法方药不一致减1分 3. 诊疗措施错误不得分	
其他 1分	卷面整洁、规范、无涂改,正确使用医学术语,医师签名清晰易认	1. 术语使用不规范每处减0.5分 2. 医师签名遗漏减1分,不清楚酌情减分 3. 有刀刮涂改每处减0.5分	

(≥9分为甲级病历,8<~<9分为乙级,≤8分为不合格)

二、出院归档病历质量评定标准

项目分值	质量要求及评定标准	减分
首页及眉栏 5分	1. 首页各项必填,若某项空白或填写不全每项减0.2分,缺各级医师签名或代签每处减0.5分,填写错误每项减1~2分 2. 缺传染病上报标记减1分 3. 病历中楣栏未按规定填写每处减0.2分	

续表

入院记录30分	一般项目与时限1分	1. 一般信息项目空白或填写错误每处减0.2分 2. 未按规定时间完成入院记录减1分，时间未注明到时分，每处减1分	
	主诉5分	1. 简明扼要，主诉冗长减1分，描述欠准确减1～2分，诊断代主诉(确无症状者除外)减2分 2. 主诉不能导致第一诊断减1～2分，主诉不完整(包括症状或体征及其持续时间)减2分	
	病史8分	1. 病史不能与主诉紧密结合减2分，发病时间、原因或诱因记述不清，每处减1分 2. 主要症状发生发展变化过程(包括院外检查、诊疗情况)描述不清减3分 3. 缺与本次入院有关鉴别诊断的重要阴性症状、体征记录减2分，若有重要遗漏减3分 4. 四史缺一项减2分，记录或描述不全减1～2分	
	体检6分	1. 生命体征四项每缺一项减0.5分，一般体检项目缺一项减1分；遗漏一个重要系统检查减3分；遗漏舌象、脉象每项减2分 2. 遗漏一般阳性体征减1分，遗漏重要阳性体征及与诊断有关的阴性体征减3分 3. 遗漏专科检查情况减2～4分	
	诊断8分	1. 无入院诊断减5分 2. 诊断不合理，依据不充分减3分，诊断不及时减1分；次要诊断中有重要遗漏减1分；诊断主次排序不当减1分；无中医疾病与证侯诊断每项减4分	
	签名2分	1. 初步和入院诊断无上级医师签名各减1分 2. 上级医师超过48小时审签减1分。	
病程记录33分	首次病程记录5分	1. 首次病程记录非经治医师或值班医师书写减5分，首次病程记录>8小时减2分。未按规定注明记录时间减1分 2. 首次病程记录缺病例特点、诊断依据、必要鉴别诊断和处理措施，每项减2分	
	签名及时限3分	1. 日常病程记录未标明记录日期和时间减1分，记录者缺签名，每处减0.5分 2. 日常病程记录上级医师未按规定签名，每处减1分。术前讨论和手术记录单无记录者签名减2分，手术记录单由第一助手书写而无手术医师签名减1分 3. 麻醉前小结、麻醉记录单无麻醉医师签名减1分 4. 未在规定时限内完成各种病程记录每次减1～2分 5. 各类必备知情同意书无医师签名减1分，无患者或受委托人人签字减3分。	

续表

项目分值	质量要求及评定标准		减分
病程记录 33分	病程记录 25分	1. 病程记录应重点突出，有分析、有综合、有判断，若记录不及时或记录内容不符合上述要求减3分 2. 重要病情变化、体征变化记录不全或描述不清每次减2～3分，病理报告结果无记录减2分，未记录重要诊疗措施变更(包括医嘱)减1～3分 3. 未记录合并症及相应处理措施减3～5分 4. 会诊不及时、会诊记录不全、不能反映会诊医师意见减1～2分 5. 不能客观反映三级医师查房制度减5～8分。缺上级医师查房的姓名、技术职务和分析指导意见及执行结果减2～3分 6. 缺科主任或副主任医师以上人员主持疑难病例讨论记录、手术前病例讨论记录、死亡病例讨论记录每项减3分 7. 术前小结内容不全减1～2分。缺致残性手术前请示报告减5分 8. 患者拒绝医师下达的检查和治疗，病程记录中缺详细记录和患者或家属意见减3分 9. 手术医师或第一助手(手术医师应签名)书写手术记录不符合要求减1～3分 10. 危重患者无抢救记录减5分，诊疗操作当日无记录减2分 11. 入院超过72小时无入院诊断减3分，1周以上临床诊断未确诊时缺科内讨论记录减3分 12. 用药(包括抗菌药物)不合理，每处减1～2分 13. 无必备知情同意书、授权委托书减10分，书写不规范减3～5分 14. 患者出院前24小时内无经治医师有关出院内容的病程记录减2分	
出院(死亡)记录 5分	1. 未按规定时限(24小时内)完成出院记录、死亡记录减1分，出院(死亡)记录缺项或内容不全减1分，缺上级医师审核签名减1分 2. 未按规定交待清楚出院医嘱(包括要向患者及家属交待的注意事项等)减1～2分，无医师签名减2分		
医嘱 5分	1. 医嘱取消时未用红墨水笔标注"取消"字样并签名每次减1分，时间未注明到时分，每次减0.5分 2. 医嘱单缺医师签名、录入者签名、执行时间和执行者签名每处减0.5分 3. 遗漏重要医嘱(有抢救记录无抢救医嘱或抢救时口头下达医嘱未及时记录，病程中有更改治疗记录但无更改治疗的医嘱、无出院或危重、死亡医嘱等)每项减1～3分		
辅助检查 5分	1. 不合理的CT、MRI、超声、生化等检查每项减1～3分，缺必要的辅助检查或检查不及时，缺一项减1～3分，由此而影响诊断治疗减2～3分，各种辅助检查申请单缺送检日期和医师签名减0.5分 2. 病历中已记录住院期间进行某项辅助检查的结果而无某项辅助检查结果报告单减1～2分 3. 各种辅助检查报告单书写不规范减2分，粘贴不整齐或缺标记减0.5分		

续表

项目分值	质量要求及评定标准					减分
院感表 3分	1. 未填报(即空表)减3分,感染漏报减3分 2. 未及时填表每处减0.1分 3. 医院感染病例病原学(细菌)未检减1分					
护理文书 10分	按《护理文书质量评定标准》予以评分					
其它 4分	1. 字迹潦草难以辨认、跨格书写或每页有3处以上错别字减0.5分 2. 表述模糊、明显病句、标点错误,每处减0.5分。上级医生修改病历未用红笔、未注明修改日期、未签全名,每处减0.5分;如修改过多明显影响病历整洁减1~2分 3. 书写中出现错字未将双线划在错字上,每处减0.5分;发现采用刮、粘、涂、贴等方法掩盖或去除原来的字迹,每处减3分 4. 未按规范要求书写外文,每处减0.2~0.5分 5. 各项医疗文书未按规定编页、标识,每处减1分;各种医疗文书排列错乱,减0.5分					
总分		病历等级		评分人签名		评分时间

(各大项减分以减完该项标准分为止,不倒扣分)

说明: 1. 住院现病历和出院归档病历质控标准均为100分,质控结果≥90分为甲级病历,76~90分为乙级病历,≤75分为丙级病历。甲、乙级病历为合格病历,丙级病历为不合格病历。门(急)诊病历质控标准为10分,质控结果≤8分为不合格病历。

2. 下列情况之一即为丙级病历:

①死亡病例无死亡讨论记录。

②无出院记录或入院录,无病程记录,危重患者无抢救记录。

③无医嘱单。

④一类及一类以上手术无术前小结或手术记录单。

⑤一类及一类以上手术无麻醉记录单(局麻应在手术记录中注明),体腔内手术无手术器械物品登记表。

⑥病危患者无特护记录单。

⑦病历记录有误而导致严重差错事故。

第五节　各类病历表格记录格式

1. 中医、中西医结合医疗机构的住院病案首页应当按照《国家

中医药管理局关于修订中医住院病案首页的通知》(国中医药医政发〔2011〕54号)的规定填写。

2. 凡本次修订的病案首页与前一版病案首页相同的项目,未就项目填写内容进行说明的,仍按照《国家中医药管理局关于修订印发中医住院病案首页的通知》(国中医药发〔2001〕6号)执行。

3. 除所规定的病历表格记录式样,其他专科病历应在本规范所列各专科病历表格记录式样基础上,加上舌象、脉象以及中医诊断项目和内容。

一、病案首页

医疗机构　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（组织机构代码:________）

医疗付费方式:□　　　　　　　　中医住院病案首页

健康卡号:　　　　　　　　　　　　　第　　次住院　　　　　　病案号:

姓名　　　　　　性别□　1. 男　2. 女　　出生日期　　年　月　日　　年龄　　国籍
（年龄不足1周岁的）　年龄　　月　　新生儿出生体重　　克　　新生儿入院体重　　克
出生地　　　　　　省(区、市)　　市　　县　　籍贯　　省(区、市)　　市　　民族
身份证号　　　　　　　职业　　婚姻　□1. 未婚　2. 已婚　3. 丧偶　4. 离婚　9. 其他
现住址　　　　　　省(区、市)　　　市　　　县　　　电话　　　　　　邮编
户口地址　　　　　省(区、市)　　　市　　　县　　　　　　　　　　　邮编
工作单位及地址　　　　　　　　　　　　　单位电话　　　　　　　　邮编
联系人姓名　　　　关系　　　　　　　　　地址　　　　　　　　　　电话
入院途径□　1. 急诊　2. 门诊　3. 其他医疗机构转入　9. 其他
治疗类别□　1. 中医(1.1 中医　1.2 民族医)　2. 中西医　3. 西医
入院时间　　　年　　月　　日　　时　　　入院科别　　　病房　　　转科科别
出院时间　　　年　　月　　日　　时　　　出院科别　　　病房　　　实际住院　　天
门(急)诊诊断(中医诊断)　　　　　　　　疾病编码
门(急)诊诊断(西医诊断)　　　　　　　　疾病编码
实施临床路径:□　1. 中医　2. 西医　3. 否　　使用医疗机构中药制剂:□　1. 是　2. 否
使用中医诊疗设备:□　1. 是　2. 否
使用中医诊疗技术:□1. 是　2. 否　辨证施护:□　1. 是　2. 否

出院中医诊断	疾病编码	入院病情	出院西医诊断	疾病编码	入院病情
主病			主要诊断		
主证			其他诊断		
入院病情:1. 有　2. 临床未确定 3. 情况不明　4. 无					

损伤、中毒的外部原因　　　　　　　　　　　　　　疾病编码

病理诊断:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　疾病编码
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病理号

药物过敏□　1. 无　2. 有，过敏药物:　　　　　　　死亡患者尸检□　1. 是　2. 否

血型□　1. A　2. B　3. O　4. AB　5. 不详　6. 未查　Rh□1. 阴　2. 阳　3. 不详　4. 未查

科主任　　主任(副主任)医师　　主治医师　　住院医师
责任护士　　进修医师　　实习医师　　编码员

病案质量□　1. 甲　2. 乙　3. 丙　质控医师　质控护士　质控日期　年　月　日

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	手术及操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
				术者	Ⅰ助	Ⅱ助			
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		

离院方式□　1. 医嘱离院　2. 医嘱转院，拟接收医疗机构名称　3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院，拟接收医疗机构名称　4. 非医嘱离院　5. 死亡　9. 其他

是否有出院 31 天内再住院计划□　1. 无　2. 有，目的：

颅脑损伤患者昏迷时间：入院前　天　小时　分钟　入院后　天　小时　分钟

住院费用(元)：总费用　　(自付金额：　　)
1. 综合医疗服务类：(1)一般医疗服务费：　　(中医辨证论治费：　　中医辨证论治会诊费：　　)(2)一般治疗操作费：　　(3)护理费：　　(4)其他费用：
2. 诊断类：(5)病理诊断费：　　(6)实验室诊断费：　　(7)影像学诊断费：　　(8)临床诊断项目费：
3. 治疗类：(9)非手术治疗项目费：　　(临床物理治疗费：　　)
(10)手术治疗费：　　(麻醉费：　　手术费：　　)
4. 康复类：(11)康复费：
5. 中医类(中医和民族医医疗服务)(12)中医诊断：　　(13)中医治疗　　(中医外治：　　中医骨伤：　　针刺与灸法：　　中医推拿治疗：　　中医肛肠治疗：　　中医特殊治疗：　　)(14)中医其他：　　(中药特殊调配加工：　　辨证施膳：　　)
6. 西药类：(15)西药费：　　(抗菌药物费用：　　)
7. 中药类：(16)中成药费：　　(医疗机构中药制剂费：　　)(17)中草药费：
8. 血液和血液制品类：(18)血费：　　(19)白蛋白类制品费：　　(20)球蛋白类制品费：　　(21)凝血因子类制品费：　　(22)细胞因子类制品费：
9. 耗材类：(23)检查用一次性医用材料费：　　(24)治疗用一次性医用材料费：　　(25)手术用一次性医用材料费：
10. 其他类：(26)其他费：

说明：(一)医疗付费方式　1. 城镇职工基本医疗保险；2. 城镇居民基本医疗保险；3. 新型农村合作医疗；4. 贫困救助；5. 商业医疗保险；6. 全公费；7. 全自费；8. 其他社会保险；9. 其他

(二)凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写“住院费用”。

二、入院病历

____________医院

科入院病历

姓名：　　　科别：　　　床号：　　　住院号：　　　病区：

姓名：　　　出生地：

性别：　　　住址：

年龄：　　　工作单位：

婚否：　　　入院时间：　年　月　日　时　分

民族：　　　记录时间：　年　月　日　时　分

职业：　　　病史陈述者：

发病节气：　　　可靠程度：

病　　史

主诉：____________________

现病史：____________________

既往史：____________________

平时一般健康状况：____________________

系统回顾：____________________

呼吸系统：____________________

循环系统：____________________

消化系统：____________________

泌尿系统：____________________

血液系统：____________________

内分泌系统：____________________

神经系统：____________________

生殖系统：____________________

肌肉骨关节系统：____________________

传染病史：____________________

手术外伤史：____________________

药物过敏史：____________________

个人史：____________________

月经婚育史：____

家族史：____

体 格 检 查

生命体征：T ____℃ P ____次/分 R ____次/分 BP ____ mmHg

一般情况：

皮肤粘膜：

浅表淋巴结：

头部及其器官：

颈部：

胸部：

胸廓：

乳腺：

肺：

视诊：

触诊：

叩诊：

听诊：

心脏：

视诊：

触诊：

叩诊：心脏相对浊音界如下：

右(cm)	肋间	左(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

（前正中线距左锁骨中线的距离________ cm）

听诊：

桡动脉：

周围血管征：

腹部：

视诊：

触诊：

一般情况：

肝脏：

脾脏：

肾脏：

其他：

叩诊：

听诊：

肛门、直肠：

外生殖器：

脊柱：

四肢：

神经系统：

舌象、脉象：

专科情况：

实验室及特殊检查：

辨病辨证依据：

西医诊断依据：

初步诊断：(包括中西医双重诊断)

医师签名：

年 月 日 时 分

入院诊断：(包括中西医双重诊断)

医师签名：

年 月 日 时 分

____________医院

儿科入院记录

姓名：　　科别：　　床号：　　住院号：　　病区：

姓名：　　职业：
性别：　　工作单位：
年龄：　　住址：
婚姻：　　供史者：　　可靠程度：
出生地：　　入院时间：　年　月　日　时　分
民族：　　记录时间：　年　月　日　时　分

病　史

代主诉：____________________

现病史：____________________

____

既往史：与现病相关的病史：____________________
传染病史/传染病接触史：____________________
预防接种史：____________________
手术、外伤史：____________________
输血史：____________________
食物、药物过敏史：____________________

个人史：出生史：____________________
喂养史：母乳、人工、混合，何时断奶：________加辅食时间________
断奶后食物种类：____________________
生长发育史：____________________
接种疫苗史：乙肝、卡介苗、脊灰糖丸、百白破、麻疹、流脑、乙脑，
其他：____________________

家族史：父母近亲结婚：否、是，健康状况：________，家族中同类疾病史：有、无

同胞健康状况：____________________

中医望闻问切诊及指纹：____________________

体 格 检 查

T ____℃ P ____次/分 R ____次/分 BP ____ mmHg 体重____ kg

一般情况:神志____精神____发育____营养____配合查体:是、否________

皮肤粘膜:________________________________

浅表淋巴结:________________________________

头颅:外形______前囟____×____cm 颅骨软化____骨缝____毛发________

眼____ 耳、鼻____________口腔________________________

颈部:________________________________

胸部:胸廓________________________________

肺________________________________

心________________________________

右侧(cm)	肋间	左侧(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

(锁骨中线距前正中线________ cm)

腹部:________________________________

肛门及外生殖器:________________________________

脊柱及四肢:________________________________

神经反射:________________________________

专 科 情 况

____

____

辅助检查:

初步诊断:

____

中医诊断:

____

西医诊断：

住院医师签名：

年 月 日 时 分

入院诊断：

中医诊断：

西医诊断：

主治医师签名：

年 月 日 时 分

______医院

妇科入院记录

姓名： 科别： 床号： 住院号： 病区：

姓名：	出生地：
性别：	住址：
年龄：	工作单位：
婚否：	入院时间： 年 月 日 时 分
民族：	记录时间： 年 月 日 时 分
职业：	病史陈述者：
发病节气：	可靠程度：

病 史

主诉：______

现病史：______

既往史：既往健康状况：良好 一般 较差

疾病史：无 有______

传染病：无 有（肝炎、结核、疟疾、泌尿生殖道传播的疾病）其他：______

手术外伤史：无 有______

药物过敏史：无 有______

输血史：无 有 血型：______

预防接种史：______

系统回顾：______

个人史：经常居住地：______ 疫水、毒物接触史：______

个人嗜好:饮酒:无　有＿＿＿＿＿＿　吸烟:无　有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

月经史:初潮年龄:行经期＿＿天/周期＿＿天,经量(少　一般　多)

痛经　无　有　末次月经:＿＿＿＿　绝经日期:＿＿＿＿　改变

婚育史:结婚年龄:＿＿＿＿　再婚:是　否　配偶情况:＿＿＿＿＿＿＿＿

生育年龄:＿＿＿＿孕产史:＿＿＿＿不良产史:＿＿＿＿计划生育措施:＿＿

家族史:家族成员中重大疾病史＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中医望闻切(神色、形态、语声、气息、舌象、脉象):＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

体格检查

T＿＿℃　P＿＿次/分　R＿＿次/分　BP＿＿mmHg

一般情况:发育　正常　不良　超常　营养:良好　中等　不良　差

神志:清醒　淡漠　模糊　面容:正常　痛苦　慢性病容

皮肤粘膜:正常　苍白　黄染　皮疹　出血点　色素沉着　其他:＿＿＿＿＿

浅表淋巴结:未扪及　扪及

头颈部:巩膜黄染:无　轻　中　重

瞳孔:等大等圆　不等(左＿＿mm　右＿＿mm)、对光反射:＿＿＿＿＿＿＿

甲状腺:正常　结节　肿大＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

口唇发绀:无　有　颈静脉怒张:无　有　气管:居中　偏移(左　右)

胸部:

胸廓:对称　畸形＿＿＿＿　乳房发育:正常　未发育　肿块:无　有＿＿＿

心率＿＿＿次/分　心律:齐　不齐　病理性杂音:无　有＿＿＿＿

呼吸运动:＿＿＿＿　两肺呼吸音＿＿＿＿＿＿

腹部:外形＿＿＿＿　瘢痕＿＿＿＿　压痛:无　有

肌紧张:无　有　反跳痛:无　有

肝脏肋下(未及,可及　　cm)剑突下(未及,可及　　cm),脾肋下(未及,可及　　cm)

腹部异常包块:无　有＿＿肠鸣音:无　有＿＿移动性浊音:无　有＿＿

脊柱及四肢:畸形　无　有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

神经系统:生理反射＿＿＿＿＿＿＿＿病理反射＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

专科检查:外阴:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

阴道:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

宫颈:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

宫体：________________

附件：________________

宫旁：________________

肛检：________________

绘图表示：

辅 助 检 查

实验室一般检查：________________

实验室特殊检查：________________

初步诊断：

中医诊断：

西医诊断：

医师签名：

年　月　日　时　分

入院诊断：

中医诊断：

西医诊断：

主治医师签名：

年　月　日　时　分

________医院

骨伤科入院记录

姓名：　　科别：　　床号：　　住院号：　　病区：

姓名：	出生地：
性别：	住址：
年龄：	工作单位：
婚否：	入院时间：　年　月　日　时　分
民族：	记录时间：　年　月　日　时　分
职业：	病史陈述者：
发病节气：	可靠程度：

病　史

主诉：________________________

现病史：________________________

既往史：一般健康状况：良好　一般　较差

疾病史：无　有__________其他：__________

传染病史：无　有__________其他：__________

预防接种史：无　有　不详

预防接种药品____________________

手术史：无　有____________________

外伤史：无　有____________________

输血史：无　有　输血时间：____________输血反应：无　有

药物过敏史：无　有　不详　过敏药物名称__________

个人史：经常居留地__________　寄生虫疫水接触史__________

吸烟史：无　有　平均____支/日　时间____年

戒烟：否　是　时间____________________

饮酒史：无　有　平均____克/日　时间____年

戒酒：否　是　时间____________________

毒品接触史：无　有　毒品名称__________　时间__________

其他：____________________

生育史：结婚年龄______岁

配偶健康状况：____________________

其他：____________________

月经史：____________________

家族史：父：健在　患病名称__________已故　死因__________

母：健在　患病名称__________已故　死因__________

其他：____________________

中医望闻切（神色、形态、语声、气息、舌象、脉象）：__________

____

体 格 检 查

全身情况：T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____mmHg

配合检查：合作　不合作

发育＿＿＿＿＿＿ 营养＿＿＿＿＿＿ 体态＿＿＿＿＿＿

面容＿＿＿＿＿＿ 表情＿＿＿＿＿＿ 体位＿＿＿＿＿＿

步态＿＿＿＿＿＿ 神志＿＿＿＿＿＿ 行走＿＿＿＿＿＿

精神＿＿＿＿＿＿

皮肤＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

浅表淋巴结＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

头部:头颅形状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

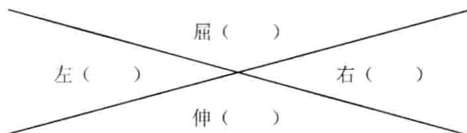
五官＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

颈部:畸形＿＿＿ 红肿＿＿＿ 瘘管＿＿＿ 瘢痕＿＿＿ 强直＿＿＿

压缩＿＿＿

气管:居中 偏移(向左;向右) 甲状腺:正常 异常＿＿＿

颈椎活动度:



其他:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

胸部:畸形＿＿＿＿ 对称＿＿＿＿ 压缩＿＿＿＿ 挤压痛＿＿＿＿＿＿

呼吸:正常 反常 急促 困难 端正 喘鸣

心脏＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

肺脏＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

腹部:肝＿＿＿＿＿ 胆＿＿＿＿＿ 脾＿＿＿＿＿ 其他:＿＿＿＿＿＿＿＿

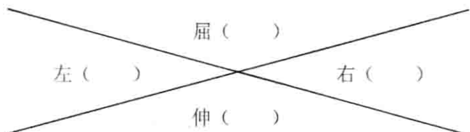
直肠肛门:未查 正常 异常＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

外生殖器:未查 正常 异常＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

脊柱:正常:＿＿＿＿ 畸形:＿＿＿＿ 肿胀:＿＿＿＿ 瘘道:＿＿＿＿＿

压痛(无 有 第＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿椎体)

活动度:



椎旁压痛:无 有(左 右) 伴放射痛:无 有(左 右)

直腿抬高试验:左＿＿＿右＿＿＿加强试验左＿＿＿右＿＿＿其他:＿＿

骨盆骶尾部：正常　倾斜　　挤压试验＿＿＿＿＿＿＿　分离试验＿＿＿＿

肿块：无　有　部位＿＿＿＿＿＿＿＿＿其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上肢：正常　肿胀　淤斑　畸形　肌萎缩　骨质显露

压痛：左　右　无　反常活动

骨折＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

前臂功能：旋前＿＿＿＿＿＿＿　旋后＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

肩关节活动范围：

左侧：外展＿＿＿＿　内收＿＿＿＿　前屈＿＿＿＿　后伸＿＿＿＿

内旋＿＿＿＿　外旋＿＿＿＿　上抬＿＿＿＿

右侧：外展＿＿＿＿　内收＿＿＿＿　前屈＿＿＿＿　后伸＿＿＿＿

内旋＿＿＿＿　外旋＿＿＿＿　上抬＿＿＿＿

肘关节活动范围：

左侧：伸＿＿＿＿＿　屈＿＿＿＿＿

右侧：伸＿＿＿＿＿　屈＿＿＿＿＿

腕关节活动范围：

左侧：背伸＿＿＿＿　掌屈＿＿＿＿　桡偏＿＿＿＿　尺偏＿＿＿＿

左侧：背伸＿＿＿＿　掌屈＿＿＿＿　桡偏＿＿＿＿　尺偏＿＿＿＿

上臂及前臂肌力：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

肌张力：左侧：＿＿＿＿＿＿＿　右侧：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下肢：正常　肿胀　淤斑　畸形　窦道

骨折、脱位：左＿＿＿＿右＿＿＿＿开放＿＿＿＿闭合＿＿＿＿部位＿＿＿＿

压痛：左　右　范围＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

髋关节：左侧：畸形：内收　外展　屈曲　弹响　其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

活动度：前屈＿＿＿＿后伸＿＿＿＿内收＿＿＿＿外展＿＿＿＿

内旋＿＿＿＿外旋＿＿＿＿

滚动试验＿＿＿＿"4"字试验＿＿＿＿ Thomas 征＿＿＿＿

其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

右侧：畸形：内收　外展　屈曲　弹响　其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

活动度：前屈＿＿＿＿后伸＿＿＿＿内收＿＿＿＿外展＿＿＿＿

内旋＿＿＿＿外旋＿＿＿＿

滚动试验＿＿＿＿"4"字试验＿＿＿＿ Thomas 征＿＿＿＿

其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

膝关节:左侧:畸形:内翻　外翻　屈曲　过伸
强直、僵硬______肿胀______窦道______压痛______
活动度:伸______屈______
抽屉试验______麦氏试验______回旋挤压试验______
浮髌试验______其他:____________________________
右侧:畸形:内翻　外翻　屈曲　过伸
强直、僵硬______肿胀______窦道______压痛______
活动度:伸______屈______
抽屉试验______麦氏试验______回旋挤压试验______
浮髌试验______其他:____________________________
踝关节:左侧:畸形:马蹄　内翻　外翻　强直、僵硬______________
活动范围:背伸__________跖屈__________其他:________
右侧:畸形:马蹄　内翻　外翻　强直、僵硬______________
活动范围:背伸__________跖屈__________其他:____________

肢体长度:左____ cm　右____ cm　周径:左____ cm　右____ cm
肌张力:正常　增高　减弱
肌力:左下肢:大腿____级　小腿____级　拇指背伸____级
拇指跖屈____级
右下肢:大腿____级　小腿____级　拇指背伸____级
拇指跖屈____级
步态:剪刀步态　偏瘫步态　跨越步态　其他:__________________

神经系统:
浅反射:腹壁反射:左____右____　提睾反射____肛门反射____
深反射:肱二头肌反射:左____右____　桡骨膜反射:左____右____
肱三头肌反射:左____右____　膝腱反射:左____右____
跟腱反射:左____右____
病理反射:Hoffmann 征:左____右____　Rossolimo 征:左____右____
Babinski 征:左____右____　Oppenheim 征:左____右____
Gordon 征:左____右____

专科情况:视:____
触:____
动:____

量：

合并伤：

专科小结：

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构、日期、结果)

初步诊断：

中医诊断：

西医诊断：

住院医师签名：

年　月　日　时　分

入院诊断：

中医诊断：

西医诊断：

主治医师签名：

年　月　日　时　分

______医院

内科入院记录

姓名：　科别：　床号：　住院号：　病区：

姓名：　出生地：

性别：　住址：

年龄：　工作单位：

婚否：　入院时间：　年　月　日　时　分

民族：　记录时间：　年　月　日　时　分

职业：　病史陈述者：

发病节气：　可靠程度：

病　史

主　诉：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

现病史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

仍需治疗的合并疾病情况：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

既往史：一般健康状况：良好　一般　较差

疾病史：无　有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

传染病史：无　有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

预防接种史：无　有　不祥

预防接种疫苗：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

手术外伤史：手术：无　有　名称及时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿

外伤：无　有　外伤情况及时间＿＿＿＿＿＿＿

输血史：无　有　输血反应：无　有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

食物或药物过敏史：无　有　不祥

过敏药品和食物名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

个人史：出生地＿＿＿＿经常居留地＿＿＿＿寄生虫疫水接触史＿＿＿＿＿

吸烟史：无　有：平均＿＿＿支/日，时间＿＿＿年

戒烟：否　是　时间＿＿＿

饮酒史：无　有：平均＿＿＿克(两)/日，时间＿＿＿年

戒烟：否　是　时间＿＿＿

其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

婚育史：结婚年龄＿＿＿岁　妊娠＿＿＿次　足月产＿＿＿次　流产＿＿＿次

早产＿＿＿次　配偶健康状况＿＿＿

月经史：初潮年龄＿＿＿岁　经期＿＿＿天　周期＿＿＿天　末次月经时间＿＿＿年

＿＿＿月＿＿＿日　绝经时间＿＿＿＿年　其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中医望闻切(神色、形态、语声、气息、舌象、脉象)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

体 格 检 查

生命体征：T＿＿＿℃　P＿＿＿次/分　R＿＿＿次/分　BP＿＿＿mmHg

一般情况：发育：正常　不良　超常　营养：良好　中等　不良　恶病质

面容：无病容　急性病容　慢性病容　贫血面容

表情:自如　痛苦　淡漠　体位:自动体位　半卧位

配合检查:合作　不合作

神志:清楚　嗜睡　模糊　昏睡　浅昏迷　中度昏迷　深昏迷　谵妄

其他:________________________________

皮肤粘膜:色泽:正常　潮红　苍白　发绀　黄染　色素沉着　色素减退

皮疹:无　有________　皮下出血:无　有________　如有皮下出血,表现为瘀点或出血点________、紫癜________、瘀斑________、血肿________

毛发分布:正常　异常________

皮肤温度:正常　冷　干　湿

皮肤弹性:正常　减退　水肿:无　有________________

肝掌:无　有　蜘蛛痣:无　有____________　其他:__________

淋巴结:浅表淋巴结肿大:无　有________________________________

头部:头颅大小:正常　大　小　畸形:无　有　其他:________________

眼:眼睑:正常　水肿　下垂　结膜:正常　充血　水肿　出血

巩膜黄染:无　有　角膜:正常　混浊(左　右)　溃疡(左　右)

瞳孔:等圆等大　不等　左____ mm　右____ mm

瞳孔对光反射:正常　迟钝(左　右)小时(左　右)　其他:__________

耳:耳郭:正常　异常________________________________

外耳道异常分泌物:无　有(左　右　性质________________________)

乳突压痛:无　有(左　右)　听力障碍:无　右(左　右)

鼻:鼻翼扇动:无　有　异常分泌物:无　有________________________

鼻窦压痛:无　有________________________________

口腔:唇:正常　异常____________　粘膜:正常　异常________________

舌:正常　异常____________齿:正常　异常________________________

扁桃体:正常　异常________咽:正常　异常________________________

其他:____

颈部:颈项强直:无　有________________颈静脉:正常　充盈　怒张

肝颈静脉回流征:阴性　阳性　气管:居中　偏移(向左　向右)

甲状腺:正常　异常____

胸部:胸廓:正常　桶状胸　膨隆　凹陷(左　右　心前区)

胸骨压痛:无　有　　乳房:正常　异常________________________

肺脏:视诊:呼吸运动:正常　异常________________________________

触诊:语颤:正常　异常____________胸膜摩擦感:无　有(左　右)

叩诊:正常清音　过清音__________实音__________浊音_______

听诊:呼吸音:正常　异常________________________________

啰音:无　有____

语音传导:正常　异常________________________________

胸膜摩擦音:无　有__________________________________

其他:____

心脏:视诊:心尖搏动:正常　未见　增强　弥散　　剑突下搏动:无　有

心尖搏动位置:正常　移位

触诊:心尖搏动:正常　增强　减弱　抬举感　　震颤:无　有

叩诊:心脏相对浊音界:正常　缩小　扩大(向左　向右)

听诊:心率_______次/分

心律:整齐　不齐__________________________________

心音:正常　异常__________________________________

附加心音:无　有(奔马律　开瓣音　第三心音　第四心音)

右(cm)	肋间	左(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

(前正中线距左侧锁骨中线_______ cm)

杂音:无　有______________　　心包摩擦音______________

周围血管征:无　有______________其他:________________

腹部:视诊:外形:正常　膨隆　舟状腹　蛙腹　　胃型:无　有

肠型:无　有　　腹壁静脉曲张:无　有(方向______________)

手术瘢痕:无　有__________________________________

触诊:全腹柔软　腹肌紧张　压痛:无　有_______反跳痛:无　有____

腹部包块:无　有__________________________________

肝脏:未触及　触及______________________________

胆囊:未触及　触及_______________ Murphy 征:阴性　阳性

脾脏:未触及　触及______________________________

肾脏:未触及　触及______________________________

叩诊:肝浊音界:存在　缩小　消失　　叩痛:无　有

肝上界位于右锁骨中线_____肋间

移动性浊音:阴性　阳性

听诊:肠鸣音:正常　亢进　减弱　　气过水声:无　有

直肠肛门:未查　正常　异常______________________________

外生殖器:未查　正常　异常______________________________

四　　肢:正常　异常______________________________

神经系统:正常　异常______________________________

脊柱:正常　异常______________________________

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构名称、日期、结果)

____

____

初步诊断:

中医诊断:

西医诊断:

医师签名:

年　月　日　时　分

入院诊断:

中医诊断:

西医诊断:

主治医师签名:

年　月　日　时　分



＿＿＿＿＿＿医院

肛肠科入院记录

姓名：　　科别：　　床号：　　住院号：　　病区：

姓名：	出生地：
性别：	住址：
年龄：	工作单位：
婚否：	入院时间：　年　月　日　时　分
民族：	记录时间：　年　月　日　时　分
职业：	病史陈述者：
发病节气：	可靠程度：

病　史

主诉：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

现病史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

既往史：一般健康状况：良好　一般　较差

疾病史：无　有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

传染病史：无　有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

预防接种史：无　有　不详

手术外伤史：无　有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

输血史：无　有　输血反应：无　有＿＿＿＿＿＿＿

药物或食物过敏史：无　有　不详　过敏食物/药物名称＿＿＿＿

个人史：经常居留地＿＿＿＿＿＿　寄生虫疫水接触史＿＿＿＿＿＿

吸烟史：无　有　平均＿＿支/日　时间＿＿年

戒烟：否　是　时间＿＿＿＿

饮酒史：无　有　平均＿＿克/日　时间＿＿年

戒酒：否　是　时间＿＿＿＿

静脉药瘾史：无　拒绝提供　有　时间＿＿＿＿＿＿＿＿

不洁性生活史：无　拒绝提供　有　时间＿＿＿＿＿＿＿

生育史：结婚年龄＿＿岁　妊娠＿＿次　足月产＿＿次　流产＿＿次

早产＿＿次

配偶健康状况＿＿＿＿＿＿＿＿＿其他：＿＿＿＿＿＿＿＿

月经史:初潮年龄____岁　经期____天　周期____天

末次月经____年____月____日　绝经时间____年____月____日

其他:______________________________

家族史:______________________________

____

中医望闻切(神色、形态、语声、气息、舌象、脉象):______________________________

____

体格检查

T ____℃　P ____次/分　R ____次/分　BP ____ mmHg

一般情况:发育:正常　不良　超常　　营养:良好　中等　不良　恶病质

面容:无病容　急性面容　慢性面容

表情:自如　痛苦　淡漠　体位:自动　被动　端坐呼吸　角弓反张

神志:清楚　嗜睡　模糊　昏睡　浅昏迷　中度昏迷　深昏迷

谵妄

配合检查:合作　不合作

其他:______________________________

皮肤粘膜:色泽:正常　潮红　发绀　黄染　色素沉着　色素减退

皮疹:无　有______________________________

皮下出血:无　有______________________________

毛发分布:正常　异常______________________________

皮肤温度:正常　冷　干　湿　　皮肤弹性:正常　减退

水肿:无　有______________________________

肝掌:无　有　　蛛痣:无　有______________________________

其他:______________________________

淋巴结:浅表淋巴结肿大:无　有______________________________

头部:头颅大小:正常　大　小　　畸形:无　有______________________________

其他:______________________________

眼:眼睑:正常　水肿　下垂　　结膜:正常　充血　水肿　出血

巩膜黄染:无　有　　角膜:正常　浑浊(左　右)　溃疡(左　右)

瞳孔:等大等圆　不等　左____ mm　右____ mm

瞳孔对光反射:正常　迟钝(左　右)　消失(左　右)

其他：________________

耳：耳郭：正常　异常________________

外耳道异常分泌物：无　有（左　右　性质________）

乳突压痛：无　有（左　右）　听力障碍　无　有（左　右）

其他：________________

鼻：鼻翼扇动：无　有　异常分泌物：无　有________

鼻窦压痛：无　有________________

口腔：唇：正常　异常________　粘膜：正常　异常________

舌：正常　异常________　齿：正常　异常________

扁桃体：正常　异常________　咽：正常　异常________

其他：________________

颈部：颈项强直：无　有________　颈静脉：正常　充盈　怒张

肝颈静脉回流征：阴性　阳性　气管：居中　偏移（向左　向右）

甲状腺：正常　异常________________

胸部：胸廓：正常　桶状胸　膨隆　凹陷（左　右　心前区）

胸骨压痛：无　有　乳房：正常　异常________

其他：________________

肺：视诊：呼吸运动：正常　异常________________

触诊：语颤：正常　异常________　胸膜摩擦感：无　有（左　右）

叩诊：正常清音　过清音________　实音________　浊音________

听诊：呼吸音：正常　异常________________

啰音：无　有________________

语音传导：正常　异常________________

胸膜摩擦音：无　有________________

其他：________________

心脏：视诊：心尖搏动：正常　未见　增强　弥散　剑突下搏动：无　有

心尖搏动位置：正常　移位________________

触诊：心尖搏动：正常　增强　减弱　抬举感

震颤：无　有________________

叩诊：心脏相对浊音界：正常　缩小　扩大（左　右）

右(cm)	肋间	左(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

(前正中线距锁骨中线________ cm)

听诊:心率______次/分　心律:整齐　不齐________________________

心音:正常　异常____　P_2 ____ A_2

附加心音:无　有(奔马律;开瓣音;第三心音;第四心音)

杂音:无　有____

心包摩擦音:无　有____________________________________

其他:____

周围血管征:无　有____________________________________

腹部:视诊:外形:正常　膨隆　舟状腹　蛙腹　　胃型:无　有

肠型:无　有　　腹壁静脉曲张:无　有(方向________________)

手术瘢痕:无　有______________________________________

触诊:全腹柔软　腹肌紧张________________________________

压痛:无　有____________　反跳痛:无　有__________________

腹部包块:无　有______________________________________

肝脏:未触及　触及____________________________________

胆囊:未触及　触及__________________　Murphy 征:阴性　阳性

脾脏:未触及　触及____________________________________

肾脏:未触及　触及____________________________________

叩诊:肝浊音界:存在　缩小　消失　肝上界位于右锁骨中线____肋间

叩痛:无　有______________　移动性浊音:阴性　阳性

听诊:肠鸣音:正常　亢进　减弱　消失气过水声:无　有____________

其他:____

直肠肛门:未查　正常　异常________________________________

外生殖器:未查　正常　异常________________________________

脊柱:正常　异常____

四肢:正常　异常____

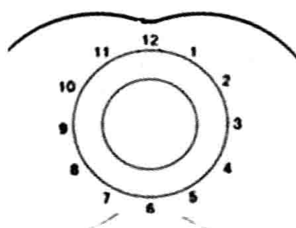
　　其他:____

神经系统:____

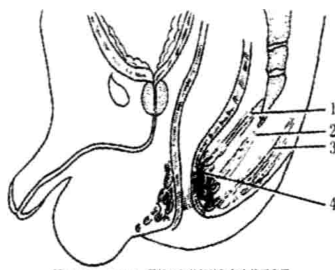
____

专 科 情 况

图示标明病变位置:



膝胸位



矢状位

辅助检查:____

____

____

　　　　　　　　　　初步诊断:

　　　　　　　　　　　中医诊断:

　　　　　　　　　　　西医诊断:

　　　　　　　　　　医师签名:

　　　　　　　　　　　　年　月　日　时　分

入院诊断:

　中医诊断:

　西医诊断:

主治医师签名:

　　年　月　日　时　分

______医院

推拿科入院记录

姓名：　　科别：　　床号：　　住院号：　　病区：

姓名：　　出生地：
性别：　　住址：
年龄：　　工作单位：
婚否：　　入院时间：　年　月　日　时　分
民族：　　记录时间：　年　月　日　时　分
职业：　　病史陈述者：
发病节气：　　可靠程度：

病　史

主诉：______

现病史：______

既往史：一般健康状况：良好　一般　较差

疾病史：无　有______

其他：______

传染病史：无　有______

其他：______

预防接种史：无　有　不详

预防接种药品______

手术史：无　有______

外伤史：无　有______

输血史：无　有　输血时间______　输血反应：无　有

药物过敏史：无　有　不详

过敏药物名称：______

个人史：经常居留地______　寄生虫疫水接触史______

吸烟史：无　有　平均____支/日　时间____年

戒烟：否　是　时间____

饮酒史：无　有　平均____克/日　时间____年

戒酒：否　是　时间____

毒品接触史：无　有　毒品名称______　时间______

其他：________________________________

生育史：结婚年龄________岁　配偶健康状况：________________

其他：________________________________

月经史：________________________________

家族史：父：健在　患病名称____________　已故　死因________________

母：健在　患病名称____________　已故　死因________________

其他：________________________________

中医望闻切（神色、形态、语声、气息、舌象、脉象）：________________

体格检查

全身情况：T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____mmHg

配合检查：合作　不合作

发育____________　营养____________　体态____________

面容____________　表情____________　体位____________

步态____________　神志____________　行走____________

精神____________　皮肤____________　浅表淋巴结______

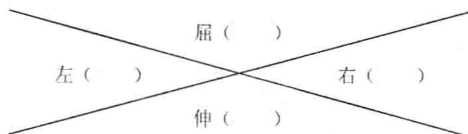
头部：头颅形状________________________________

五官________________________________

颈部：畸形______红肿______瘘管______瘢痕______强直______压缩______

气管：居中　偏移（向左　向右）　甲状腺：正常　异常________________

颈椎活动度：



其他：________________________________

胸部：畸形________对称________压缩________挤压痛________________

呼吸：正常　反常　急促　困难　端正　喘鸣

心脏________________________________

肺脏________________________________

腹部：肝__________　胆__________　脾__________　其他：______________

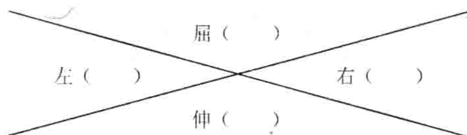
直肠肛门：未查　正常　异常________________________________

外生殖器:未查　正常　异常____

脊柱:正常________畸形________肿胀________瘘道______________________

压痛(无　有　第____椎体)

活动度:



椎旁压痛:无　有(左　右)　伴放射痛:无　有(左　右)

直腿抬高试验:左______右______　加强试验左______右______

其他:____

上肢:正常　肿胀　淤斑　畸形　肌萎缩

压痛:左　右　无　反常活动

前臂功能:旋前____________　旋后____________

肩关节活动范围:

左侧:外展______内收______前屈______后伸______

内旋______外旋______上抬______

右侧:外展______内收______前屈______后伸______

内旋______外旋______上抬______

肘关节活动范围:

左侧:伸______屈______　右侧:伸______屈______

腕关节活动范围:

左侧:背伸______掌屈______桡偏______尺偏______

左侧:背伸______掌屈______桡偏______尺偏______

上臂及前臂肌力:____

肌张力:左侧________________右侧____________________________

下肢:正常　肿胀　淤斑　畸形

压痛:左　右　范围____

髋关节:侧:畸形:内收　外展　屈曲　弹响　其他:__________________

活动度:前屈______后伸______内收______外展______

内旋______外旋______

滚动试验______"4"字试验______ Thomas 征______

其他:____

膝关节:侧:畸形:内翻　外翻　屈曲　过伸

强直、僵硬______肿胀______窦道______压痛______

活动度:伸______屈______

抽屉试验______麦氏试验______回旋挤压试验______

浮髌试验______　其他:______________________________

肢体长度:左____ cm　右____ cm　周径:左____ cm　右____ cm

神经系统:

浅反射:腹壁反射　左____右____　提睾反射____　肛门反射____

深反射:肱二头肌反射　左____右____　桡骨膜反射　左____右____

肱三头肌反射　左____右____　膝腱反射　左____右____

跟腱反射　左____右____

病理反射:______________________________

专科情况

____

____

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构、日期、结果)

____

____

初步诊断:

中医诊断:

西医诊断:

医师签名:

年　月　日　时　分

入院诊断:

中医诊断:

西医诊断:

主治医师签名:

年　月　日　时　分

______医院

针灸科入院记录

姓名：　科别：　床号：　住院号：　病区：

姓名：　出生地：
性别：　住址：
年龄：　工作单位：
婚否：　入院时间：　年　月　日　时　分
民族：　记录时间：　年　月　日　时　分
职业：　病史陈述者：
发病节气：　可靠程度：

病　史

主诉：______

现病史：______

既往史：一般健康状况：良好　一般　较差

疾病史：无　有______

其他：______

传染病史：无　有______

其他：______

预防接种史：无　有　不详

预防接种药品______

手术史：无　有______

外伤史：无　有______

输血史：无　有　输血时间______　输血反应：无　有

药物过敏史：无　有　不详　过敏药物名称______

个人史：经常居留地______　寄生虫疫水接触史______

吸烟史：无　有　平均____支/日　时间____年

戒烟：否　是　时间____

饮酒史：无　有　平均____克/日　时间____年

戒酒：否　是　时间____

毒品接触史：无　有　毒品名称______　时间______

其他：______

生育史：结婚年龄______岁　配偶健康状况：____________________

其他：____________________

月经史：____________________

家族史：父：健在　患病名称____________　已故　死因__________

母：健在　患病名称____________　已故　死因__________

其他：____________________

中医望闻切(神色、形态、语声、气息、舌象、脉象)：____________________

体 格 检 查

全身情况：T ____℃　P ____次/分　R ____次/分　BP ____ mmHg

配合检查：合作　不合作

发育__________　营养__________　体态__________

面容__________　表情__________　体位__________

步态__________　神志__________　行走__________

精神__________　皮肤__________　浅表淋巴结______

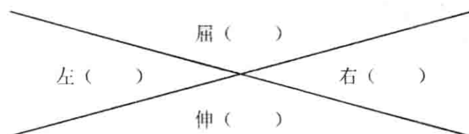
头部：头颅形状____________________

五官____________________

颈部：畸形______红肿______瘘管______瘢痕______强直______压缩______

气管：居中　偏移(向左　向右)　甲状腺：正常　异常__________

颈椎活动度：



其他：____________________

胸部：畸形________　对称________　压缩________　挤压痛__________

呼吸：正常　反常　急促　困难　端正　喘鸣

心脏____________________

肺脏____________________

腹部：肝__________　胆__________　脾____________________

其他：____________________

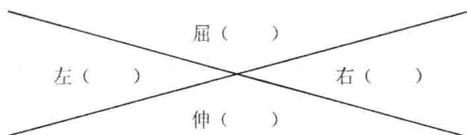
直肠肛门：未查　正常　异常____________________

外生殖器:未查　正常　异常______________________________

脊柱:正常______　畸形______　肿胀______　瘘道______

压痛(无　有　第______________________________椎体)

活动度:



椎旁压痛:无　有(左　右)　伴放射痛:无　有(左　右)

直腿抬高试验:左______　右______　加强试验:左______　右______

其他:______________________________

上肢:正常　肿胀　淤斑　畸形　肌萎缩

压痛:左　右　无　反常活动

前臂功能:旋前____________　旋后____________

肩关节活动范围:

左侧:外展______　内收______　前屈______　后伸______

内旋______　外旋______　上抬______

右侧:外展______　内收______　前屈______　后伸______

内旋______　外旋______　上抬______

肘关节活动范围:

左侧:伸______　屈______　右侧:伸______　屈______

腕关节活动范围:

左侧:背伸______　掌屈______　桡偏______　尺偏______

左侧:背伸______　掌屈______　桡偏______　尺偏______

上臂及前臂肌力:______________________________

肌张力:左侧____________　右侧______________________________

下肢:正常　肿胀　淤斑　畸形

压痛:左　右　范围______________________________

髋关节:侧:畸形:内收　外展　屈曲　弹响　其他:______________

活动度:前屈______　后伸______　内收______

外展______　内旋______　外旋______

滚动试验______　"4"字试验______　Thomas 征______

其他:______________________________

膝关节:侧:畸形:内翻　外翻　屈曲　过伸

强直、僵硬______　肿胀______　窦道______　压痛______

活动度:伸______　屈______

抽屉试验______　麦氏试验______　回旋挤压试验______

浮髌试验______　其他:______

肢体长度:左____ cm　右____ cm　周径:左____ cm　右____ cm

神经系统:

浅反射:腹壁反射:左______　右______　提睾反射______

肛门反射______

深反射:肱二头肌反射:左____右____　桡骨膜反射:左____右____

肱三头肌反射:左______　右______　膝腱反射:左______　右______

跟腱反射:左______　右______

病理反射:______

专 科 情 况

______

______

辅 助 检 查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构、日期、结果)

______

______

初步诊断:______

中医诊断:______

西医诊断:______

医师签名:______

年　月　日　时　分

入院诊断:______

中医诊断:______

西医诊断:______

主治医师签名:______

年　月　日　时　分

______________医院

外科入院记录

姓名：　　　　科别：　　　　床号：　　　　住院号：　　　　病区：

姓名：　　　　　　　　出生地：
性别：　　　　　　　　住址：
年龄：　　　　　　　　工作单位：
婚否：　　　　　　　　入院时间：　　年　　月　　日　　时　　分
民族：　　　　　　　　记录时间：　　年　　月　　日　　时　　分
职业：　　　　　　　　病史陈述者：
发病节气：　　　　　　可靠程度：

病　　史

主诉：____
____

现病史：____

既往史：一般健康状况：良好　一般　较差

疾病史：无　有____

其他：____

传染病史：无　有____

其他：____

预防接种史：无　有　不详

预防接种药品____

手术史：无　有____

外伤史：无　有____

输血史：无　有　输血时间：______________　输血反应：无　有

药物过敏史：无　有　不详　过敏药物名称__________________

个人史：经常居留地__________　寄生虫疫水接触史______________

吸烟史：无　有　平均____支/日　时间____年

戒烟：否　是　时间______

饮酒史：无　有　平均____克/日　时间____年

戒酒：否　是　时间______

毒品接触史：无　有　毒品名称__________　时间__________

其他：______

生育史：结婚年龄____岁　配偶健康状况：______

其他：______

月经史：______

家族史：父：健在　患病名称______　已故　死因______

母：健在　患病名称______　已故　死因______

其他：______

中医望闻切(神色、形态、语声、气息、舌象、脉象)：______

______

体格检查

T____℃　P____次/分　R____次/分　BP____mmHg

一般情况：发育：正常　不良　超常　营养：良好　中等　不良　恶病质

面容：无病容　急性面容　慢性面容

表情：自如　痛苦　淡漠　体位：自动　被动　端坐呼吸　角弓反张

神志：清楚　嗜睡　模糊　昏睡　浅昏迷　中度昏迷　深昏迷　谵妄

配合检查：合作　不合作

其他：______

皮肤粘膜：色泽：正常　潮红　发绀　黄染　色素沉着　色素减退

皮疹：无　有______

皮下出血：无　有______

毛发分布：正常　异常______

皮肤温度：正常　冷　干　湿　皮肤弹性：正常　减退

水肿：无　有______

肝掌：无　有　蛛痣：无　有______

其他：______

淋巴结：浅表淋巴结肿大：无　有______

头部：头颅大小：正常　大　小　畸形：无　有______

其他：______

眼：眼睑：正常　水肿　下垂　结膜：正常　充血　水肿　出血

巩膜黄染:无　有　角膜:正常　浑浊(左　右)　溃疡(左　右)

瞳孔:等大等圆　不等　左____ mm　右____ mm

瞳孔对光反射:正常　迟钝(左　右)　消失(左　右)

其他:____

耳:耳郭:正常　异常____

外耳道异常分泌物:无　有(左　右　性质________________)

乳突压痛:无　有(左　右)　听力障碍　无　有(左　右)

其他:____

鼻:鼻翼煽动:无　有　异常分泌物:无　有________________

鼻窦压痛:无　有____

口腔:唇:正常　异常__________　粘膜:正常　异常__________

舌:正常　异常__________　齿:正常　异常__________

扁桃体:正常　异常________　咽:正常　异常__________

其他:____

颈部:颈项强直:无　有______________　颈静脉:正常　充盈　怒张

肝颈静脉回流征:阴性　阳性　　气管:居中　偏移(向左　向右)

甲状腺:正常　异常________________________________

胸部:胸廓:正常　桶状胸　膨隆　凹陷(左　右　心前区)

胸骨压痛:无　有　乳房:正常　异常________________

其他:____

肺:视诊:呼吸运动:正常　异常________________________________

触诊:语颤:正常　异常__________　胸膜摩擦感:无　有(左　右)

叩诊:正常清音　过清音________　实音________　浊音________

听诊:呼吸音:正常　异常________________________________

啰音:无　有____

语音传导:正常　异常________________________________

胸膜摩擦音:无　有________________________________

其他:____

心:视诊:心尖搏动:正常　未见　增强　弥散　　剑突下搏动:无　有

心尖搏动位置:正常　移位________________________

触诊:心尖搏动:正常　增强　减弱　抬举感

震颤:无　有____

叩诊:心脏相对浊音界:正常　缩小　扩大(左　右)

右(cm)	肋间	左(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

(前正中线距锁骨中线________ cm)

听诊:心率______次/分　心律:整齐　不齐______________________

心音:正常　异常______________________________　P_2 ____ A_2

附加心音:无　有(奔马律;开瓣音;第三心音;第四心音)

杂音:无　有____

心包摩擦音:无　有________________　其他:____________

周围血管征:无　有____

腹部:视诊:外形:正常　膨隆　舟状腹　蛙腹　　胃型:无　有

肠型:无　有　　腹壁静脉曲张:无　有(方向____________)

手术瘢痕:无　有____

触诊:全腹柔软　腹肌紧张______________________________________

压痛:无　有________________　反跳痛:无　有______________

腹部包块:无　有____

肝脏:未触及　触及____

胆囊:未触及　触及___________________Murphy 征:阴性　阳性

脾脏:未触及　触及____

肾脏:未触及　触及____

叩诊:肝浊音界:存在　缩小　消失

肝上界位于右锁骨中线____肋间

叩痛:无　有____________　　移动性浊音:阴性　阳性

听诊:肠鸣音:正常　亢进　减弱　消失　气过水声:无　有__________

其他:____

直肠肛门:未查　正常　异常____

外生殖器:未查　正常　异常____

脊柱:正常　异常______

四肢:正常　异常______

其他:______

神经系统:______

专科情况

______

______

辅助检查

门诊及院外重要辅助检查结果(包括检查项目、医疗机构、日期、结果)

______

______

初步诊断:

中医诊断:

西医诊断:

医师签名:

年　月　日　时　分

入院诊断:

中医诊断:

西医诊断:

主治医师签名:

年　月　日　时　分

第六章　常用申请单、报告单书写要求与格式

第一节　放射医学诊断报告基本范畴与要求

1895年伦琴发现X线，奠定了X线诊断学基础，经过一个多世纪的快速发展，已成为融X线、CT、MRI、超声、核医学及介入放射学为一体的诊断及治疗学科，即医学影像学，从形态影像学发展成功能影像学，乃至分子影像学。其中介入放射学在微创治疗上的积极作用，成为与内科学、外科学平行的三大治疗体系之一。数字化成像的问世，改变了整个影像显示方式，PACS建立使得远程放射学成为现实。从事影像工作的医务人员不仅要改变思想观念，而且要从根本上改变工作模式，适应新的工作环境。

诊断形式表现多样化：普通平片、消化道造影、CT扫描、磁共振检查、数字减影血管造影。数字化摄影极大地丰富了普通平片的信息量，乳腺数字化摄影对乳腺癌的早期诊断发挥重要作用；数字化双对比造影图像清晰；多排螺旋CT以及双源CT功能强大；磁共振设备的发展，使中枢神经系统疾病的功能成像成为现实；DSA已成为血管性疾病诊断的金标准。介入放射学对血管性、非血管性疾病治疗显示出创伤小、疗效快的特点。随着影像设备的发展，放射医学技术、方法日新月异，涉及全身各系统、多种疾病的诊断与治疗。

一、放射医学诊断报告的基本范畴

诊断报告书能客观反映医学影像的诊断质量。从一份规范的诊断报告书中可以看得出使用的设备是什么，检查的操作技术或程序是什么，诊断医师的观察是否全面，以及诊断思路是否正确等。因此，在临床工作中，作为影像科医师首先要做的是诊断报告

书的规范化。放射医学诊断报告主要表现以下形式：

(一)普通 X 线诊断报告单

1. 透视报告：一般不单独使用，因其无客观记录，但具有动态观察功能，使用方便、快捷，常结合摄片应用。

2. 平片报告：全身各部位摄片

3. 造影报告：消化道造影、泌尿生殖系统造影、胆管造影等

4. 乳腺 X 线摄影

(二)CT 诊断报告

1. CT 平扫报告

2. CT 平扫＋增强

3. CT 三维重建

4. CT 血管成像

(三)MRI 诊断报告

1. 平扫：基本序列报告

2. 平扫＋增强

3. MRI 血管成像

4. MRI 水成像

5. MRI 功能成像

6. 磁共振波谱

(四)介入诊断报告

1. 非血管穿刺检查报告(包括操作过程记录)。

2. DSA 诊断报告(包括操作过程记录)。

二、放射医学诊断报告基本要求

放射医学诊断报告要求涵盖医疗机构和就诊患者的一般信息，以及检查与治疗过程中的相关信息，包括医疗机构名称、报告名称、患者的一般信息(姓名、性别、年龄、门诊科室、住院病区、床号、住院号、影像号等)、影像所见、诊断意见、报告医生及审核医生的签名、报告日期等。

报告除了上述必需录入的信息，还应根据检查或治疗不同的

目的，录入其他一些相应的内容。由于有些急诊患者、危重患者的病情变化复杂多端，随时随刻都有可能发生急剧的变化，为了让临床能够及时了解患者病情的动态变化，急诊检查报告还应注明详细的检查时间，甚至要准确到分钟。特殊检查报告要标明检查的方式和途径，检查过程中所用药物和造影剂的名称、剂量、时间和使用方法。介入性诊断报告要说明介入的方式、途径、部位和目的，如经股动脉穿刺行肝动脉造影、经皮穿刺肺活检等。

第二节　放射医学诊断报告基本格式与内容

放射医学诊断报告作为一份医学影像文本，不仅要求将影像信息以专业化的文字语句通过简要的描述充分地反映出来，同时还要求在报告设计上做到合理规范、美观实用。随着计算机技术的发展及其在医学领域的广泛应用，报告已从手工书写向电子化文本过渡，但由于国内没有统一标准，无论是在形式上还是在内容上都存在较大的差异。但无论是大医院还是小医院，是电子文本还是手写文本，在报告设计时都要遵循“美观实用，项目齐全，内容完整，描述规范”这样一个基本原则，符合循证医学要求，客观地描述影像表现，科学地分析，结合临床表现，作出正确的诊断。

一、放射医学诊断报告的基本格式与要求

放射医学诊断报告在设计时力求统一和规范。放射技术方法较多，其目的也不尽相同，但基本格式应大致相同，同一学科要尽量保持一致。报告的基本格式一般应包含以下内容。

(一)医疗机构名称

医疗机构名称是指具有医疗执业资格和独立法人资格的医疗机构的全称，不能用简称，也不能用旧称，更不能随意加字减字，要同执业执照上的名称完全一致。医院名称一般位于报告的首行。

(二)诊断报告名称

报告名称是指检查或治疗报告的规范化名称。由于放射设备种类多，检查方法多种多样，目的不一，报告的名称要一目了然，需

用规范化专业术语。报告名称一般位于报告的第2行，即医疗机构名称的下一行。放射医学诊断报告目前常用的有以下项目，在此列出供参考。

1. 普通X线检查诊断报告单

2. 造影检查诊断报告单（包括消化道造影、泌尿系造影、子宫输卵管造影、胆管造影、窦道造影等）

3. 乳腺X线检查诊断报告单

4. CT检查诊断报告单

5. 磁共振检查诊断报告单

6. 数字减影血管造影诊断报告单

（三）患者一般信息

患者一般信息是指患者的简单信息以及与患者密切相关的临床简单信息，包括患者的姓名、性别、年龄、就诊科室、住院号、病区、床号、影像号、临床诊断等。患者姓名要与身份证上保持一致，不要有意识冒名顶替和使用他人姓名。性别指患者的社会性别。年龄要用实足年龄，婴幼儿要用实足月龄，3个月以下的婴儿要用天龄。严禁在年龄项使用“成”“儿”等模糊年龄。一般信息栏一般位于报告名称栏的下方。

（四）检查部位或名称

检查部位或名称是指普通X线、CT或MRI检查下的一个具体部位，如普通X线检查报告单下填写胸部，即指常规胸片，至于是前后位、后前位还是仰卧位在检查方法栏目上填写；CT检查报告单项目下填写胸部，即指胸部CT检查，至于平扫还是HRCT，在检查方法上填写；在磁共振检查报告单填写头颅，即指头颅MRI。检查部位无论是普通X线检查、还是CT检查，大多是按照解剖部位来区分，如上腹部、盆腔、膝关节等。

（五）检查方法

放射医学检查设备较多，检查种类也较多，每一种检查不仅不同部位检查方法不一样，即使同一部位检查方法也可不一样。如

胸部 CT，检查可有平扫、平扫+增强、HRCT 等。

1. 普通 X 线检查

(1)平片：包括传统摄片、计算机 X 射线摄影(CR)、直接数字化 X 射线摄影(DR)等。

①头部：包括头颅正侧位、汤氏位、切线位；上颌骨正位及斜位；副鼻窦华、柯氏位；眼眶正位；鼻骨侧位；口腔全景片；颞颌关节张、闭口位；乳突劳梅氏位片等。

②颈部：气管正侧位片等。

③胸部：正、侧位胸片(包括仰卧、侧卧)，前弓位；心脏三位片；乳腺摄影；双锁骨正位片等。

④腹部：正位(包括站立、仰卧)、腹平片(KUB)等。

⑤脊柱：颈椎包括正侧位、双斜位片、C1/C2 张口位片等；胸椎正侧位片；腰椎正侧位片、双斜位、过屈过伸位等；骶尾部正侧位片等。

⑥骨盆：骨盆正位片，双髋关节正位片。

⑦四肢骨骼：四肢长骨均需摄正侧位，双手、足正斜位片，四肢关节正侧位片，髌骨及跟骨轴位片，股骨颈侧位片，手腕骨舟状位片等。

(2)造影：

①消化道造影：包括食管、上消化道、小肠、结肠造影、大肠排粪造影等。

②泌尿系造影：排泄性尿路造影(IVU)、逆行尿路造影、膀胱造影等。

③胆管造影：胆囊造影、经皮肝穿刺胆管造影(PTC)、逆行胆管造影等。

④生殖系统造影：子宫输卵管造影、输精管造影、阴茎海绵体造影。

⑤淋巴管造影。

⑥窦道造影。

(3)乳腺 X 线摄影：头尾位、斜位、侧位等。

2. CT 检查

依设备的档次和种类而功能不同，常规主要有以下几方面：

(1)头部：包括头颅、眼眶、乳突、鼻咽部、副鼻窦、上颌骨、颅底、腮腺、扁桃体等；方法有平扫、平扫＋增强及三维重建等。

(2)颈部：包括甲状腺、喉部等，方法有平扫、平扫＋增强等。

(3)胸部：包括肺和纵隔等，方法有平扫、平扫＋增强及三维重建、高分辨率 CT(HRCT)等。

(4)腹部：包括上腹部、下腹部、盆腔、腹膜后等。方法有平扫、平扫＋增强及三维重建等。

(5)骨与关节：包括颅骨、四肢、躯干骨及骨关节等，每个部位应写出具体范围。方法主要是平扫、平扫＋增强及三维重建等。

(6)血管：包括全身各部位大血管等。方法主要是 CT 动脉血管造影(CTA)、CT 静脉造影(CTV)等。

3. MRI 检查

具有多参数成像及多方位成像特点。常规主要有以下几方面：

(1)头颅：包括平扫、平扫＋增强等。方法有 T_1WI、T_2WI、FSE、IR、3D-TOF、FLAIR、DWI、SWI 等。

(2)颈部：包括平扫、平扫＋增强等。方法有 T_1WI、T_2WI、FSE、IR、3D-TOF、FLAIR、DWI 等。

(3)胸部：包括平扫、平扫＋增强等。方法有 T_1WI、T_2WI、FSE、IR、3D-TOF、FLAIR、DWI 等。

(4)腹部：包括平扫、平扫＋增强等。方法有 T_1WI、T_2WI、FSE、IR、3D-TOF、FLAIR、DWI 等。

(5)骨与软组织：包括全身各部位。方法有平扫、平扫＋增强。

(6)特殊成像：包括 MRA、MRC、MRCP、MRU、MRM、fMRI、MRS 等。

4. 数字减影血管造影(DSA)检查

(1)心脏大血管 DSA：包括心脏各房室、主动脉及肺动脉。

(2)腹主动脉与选择性动脉 DSA。

(3)脑血管 DSA:包括颈内动脉颅内段及其分支、大脑前动脉及各分支、大脑中动脉及各分支及颈外动脉及各分支。

(4)椎动脉造影:包括基底动脉、大脑后动脉及各分支、小脑前上动脉、小脑后下动脉及各分支。

(5)四肢血管 DSA:包括各部位血管及各分支等。

(六)影像表现

对于普通平片与一般的造影检查,摄片数目较少,主张对其表现作较全面的描述。例如对正常的胸部正位片,要求对所见骨骼与胸廓软组织、肺野、肺门、心脏与大血管、纵隔、胸膜及横膈等进行描述。发现异常要描述病变的部位、数目、大小、形态、密度、边缘及周围情况,此外还应对与疾病定位及定性有关的重要的阴性征象也要加以描述,如未见"什么"等。

CT 检查扫描层次较多,观察内容很多,不仅有平扫,还有增强,平扫中又有不同的窗宽、窗位,即使同一层面还可有不同的窗位进行观察,CT 增强前后的变化等,书写报告医师不可能也无必要对所观察过的所有内容的表现进行描述。但对于异常表现,要详细描述病变的部位、数目、大小、形态、密度、边缘及周围情况。密度用 CT 值表达,病灶强化要指出增强的程度等。

MR 报告的内容要比普通平片及 CT 检查丰富得多。因此,诊断医师要全面观察,认真分析,书写的报告不可能面面俱到,但对临床所疑疾病的种种表现或征象有必要加以描述。

无论是何种报告,对临床所疑疾病以外的阳性发现,如骨外伤患者所摄骨片上偶然发现其他骨病等,对正常变异、成像过程中的伪影等都需加以描述,为诊断结论打下基础。另外,征象的描述需用专业术语,力求语句通畅、逻辑性强,标点符号运用正确,不能直接写出诊断意见如"右上肺结核"等之类名词。

(七)影像结论

影像表现是对疾病的病理和病理生理的反映,影像结论或诊

断意见是影像科医师根据影像表现结合临床得出的结论。有些阅读报告的临床医师只阅读这一项。所以,作出影像诊断结论时,既要避免武断,又要防止牵强附会,结论既要简单扼要,一目了然,又要符合临床诊断规范的要求。要尽可能遵循疾病临床诊断的规范,即病因诊断、病理解剖诊断、功能诊断。一般分为以下 6 种情况:

1. 正常或未见异常。

2. 病变肯定,性质肯定。

3. 病变肯定,性质不肯定,这种结论又可分以下 2 种情况:以某一疾病为主但不典型,应说明不典型的理由。病变表现无特征性,可有多种可能性。

4. 可疑病变,所见表现不能肯定为病变,可能为正常变异或各种原因造成假象。要说明不能肯定的原因。

5. 建议部分:由于病变性质不肯定或可疑病变,需要进一步检查。

6. 请结合临床病史:由于临床申请单未提供病史或病史过于简单或由于涉及患者隐私,无法作出结论,只能作出描述性报告。

(八)报告医师与审核医师

审核医师即此份医学影像诊断报告书的责任人。如只有 1 名医师签名须职称为主治医师以上,如书写报告者为住院医师,则可在"书写报告"项下签名,而另有职称为主治医师以上者在"审核报告医师"项下签名。根据医院的级别不同,对执业医师资格的要求有所不同。根据中国卫生部执业医师资格认定和执业许可的有关规定要求,县级以上医院从事诊断人员必须具备诊断执业医师资格,县级以下医院包括乡镇卫生院、乡镇计生服务站等,要具备诊断助理执业医师资格。

(九)检查时间与报告时间

检查时间是指影像检查的具体时间,报告时间是影像科医师书写报告的时间。卫生部颁布三级医院评审标准细则 2012 版中

明确指出普通报告时间精确到“时”,急诊报告精确到“分”。对于CT和MRI检查及复杂疑难病例需要会诊,按规定允许检查时间或报告时间有一至两天的间隔时间。急诊透视患者应即刻发出报告。

二、放射医学检查诊断报告基本内容与要求

(一)透视检查诊断报告内容与要求

由于单一X线透视没有客观记录,目前临床应用较少,但它具有简单、动态观察的特点,在某些情况下仍有一定的作用,各家医院要求不一,为了体现到方便快捷,建议申请单与报告单融为一体,格式与内容应包括以下几方面。

1. 申请单内容:由申请医师填写。

(1)一般资料:患者姓名、性别、年龄、科别、住院号、病区、病床、门诊号、X线号、申请检查日期。

(2)临床简要病史。

(3)临床诊断与检查目的:透视目的主要是观察病灶变化、器官的运动及异物定位等。

(4)检查部位:如心脏透视、胸部透视、腹部透视等。

(5)申请医师签名。

(6)申请日期。

2. 报告单内容:由影像诊断医师填写。

(1)影像学表现:主要是X线异常所见。

(2)影像诊断意见。

(3)检查及报告医师签名。

(4)报告日期:急诊透视的日期具体写到时及分。

(二)普通平片检查报告内容与要求

普通平片报告的名称明确地定为“普通平片检查报告(包括CR、DR)”。报告的内容应是患者的人文信息与检查申请单一致,影像所见是将影像表现客观描述,根据医院的工作环境,核对患者的人文信息和临床提供的病史,根据影像表现结合临床作出诊断。

其他各项均要求符合报告的基本格式和要求。如医院已建立放射科信息系统(RIS系统),即可自动生成报告,打印、存档,报告的格式见后文格式。

(三)造影检查报告内容与要求

确定为造影检查报告,在检查部位或名称中具体填写上消化道造影、小肠造影、结肠造影、胆管造影或子宫输卵管造影等。由于造影检查不同于其他影像检查,整个检查过程中,都是由影像科医生在透视监视下完成的,摄片是在透视下选择最佳状态进行的。由于透视具有动态观察的效果,报告中含有透视内容,所以,报告必须由操作医师完成,影像所见不仅要描述图像特征外,还要描述透视下所见。其他各项均要求符合报告的基本格式和要求。造影报告的参考格式见后文格式。

(四)乳腺检查诊断内容与要求

乳腺X线检查是一种特殊X线检查,是属于软X线摄影,各家医院所用设备不同,名称也不一样,钼靶摄影、铑靶摄影、钼铑靶摄影等。无论是钼靶还是铑靶,都是X线管,成像方式可以是普通X线片、CR或DR,所以报告的名称应明确地定为"乳腺X线检查报告"。报告的内容应是患者的人文信息与检查申请单相一致,乳腺摄影是双侧,常规体位包括内外斜位和头尾位。乳腺读片环境要求严格,观片灯亮度可调节,配有放大镜。两侧对比分析,核对患者的人文信息和临床提供的病史,最后根据影像表现结合临床作出诊断。其他各项均要求符合报告的基本格式、要求。报告格式见后文格式。

(五)CT检查报告内容与要求

确定为CT诊断报告,要根据检查的部位或名称,每个部位有不同的检查方法。如部位为胸部,检查方法可有平扫或平扫+增强或HRCT等。报告的影像描述项要包括以下几个方面的内容:平扫肺窗及纵隔窗的表现,增强后CT值的变化;HRCT要描述病变的细微变化,三维重建图像需要描述经过后处理的影像特征。

腹部CT检查，要描述肝、胆、胰、脾及腹膜后的平扫表现及增强后各期变化；CTA要记录重建方法，如MIP、MPR、VRT以及各图像特征表现，如血管走行、管壁厚度及有无钙化、管腔有无狭窄等。CT检查报告的参考格式见后文格式。

（六）MRI检查报告内容与要求

依据检查申请单所要求的MRI检查，报告名称为“磁共振诊断报告”。核对检查部位或名称，如头颅MRI、上腹部MRI等，根据临床医师目的和要求，选择扫描方法。由于磁共振检查在临床应用的范围比较广，方法、目的多种多样，检查序列和方位较多，还有诸多特殊成像方式，如MRA、MRU、MRCP等。各医院要求不一样，不同设备所具备的功能也各异。根据不同序列检查，对异常征象不同信号的描述及分析，尽可能判断病变的病理及病理生理变化，增强后变化，器官的功能变化等。报告的描述力求条理性、逻辑性强，表达准确。MRI检查报告的参考格式见后文格式。

（七）数字减影血管造影（DSA）检查诊断报告内容与要求

属于介入放射学范畴，目前国内各家医院归属不一，如有些医院脑血管造影归属神经外科，冠状动脉造影归于心内科等，尚无统一规定，诊断报告要求具有影像诊断资质的操作医师完成，报告书写中均要求首先写明插管的方式、导管型号、导管位置，对比剂名称、浓度及剂量，注射对比剂方式及对比剂的流速、造影过程的时间等。心脏大血管DSA诊断报告要求描述造影剂在各房室及主肺动脉循环显影时间有无异常情况；各房室大小、形态有无异常情况及各房室及主、肺动脉及分支（包括瓣膜）的充盈情况，有无异常表现。脑血管DSA诊断报告要求描述颈内动脉颅内段及其分支、大脑前动脉及其分支、大脑中动脉及其分支充盈情况，包括管径粗细、位置与形态情况等。四肢血管DSA诊断报告要求描述各段血管及其分支血管充盈显影情况，各血管分布、形态粗细、走向、位置、有无病理血管出现等情况。其他各项均要求符合报告的基本格式、要求。DSA检查报告参考格式见后文格式。

第三节　放射医学检查申请单的基本格式与内容

影像检查申请单是临床主管床位医生和影像诊断医生对患者诊治的重要交流工具和信息来源，其提供的信息也是诊断依据的一部分，要求填写内容准确可靠，一份完整、填写正确的申请单对疾病的诊断与治疗均带来极大的方便，同时也可避免不必要的医患纠纷。

一、放射医学检查申请单的基本格式要求

放射医学(包括X线、CT、MRI、DSA)各种检查申请单都具有相同的格式，主要包括以下几方面：

1. 一般项目：包括姓名、性别、年龄、住院号、病区及床号、影像检查号(X线、CT、MRI或DSA)等。

2. 临床简要病史：包括主要症状、体征、相关特殊检查结果以及重要的阴性体征。急诊检查需在病史中体现出来，同时标注“急诊”样字，以便患者进入快速检查通道。

3. 临床诊断与检查目的。

4. 检查部位与检查方法。

5. 申请医师签名。

6. 申请日期。

7. 操作者(医师或技术员)签名。

8. 与检查相关的主要参数记录。

9. 特别说明：主要用于说明在检查过程中的一些特殊情况。

二、放射医学检查申请单的基本内容要求

放射医学(包括X线、CT、MRI、DSA)各种检查申请格式相同，但有些项目下内容有所不同，主要有以下几方面：

1. 一般项目：包括姓名、性别、年龄、住院号、病区及床号、影像检查号(X线、CT、MRI或DSA)等，这些都是影像科检查、书写报告核对的原始资料部分。

2. 临床简要病史：简要病史是申请单的核心部分，包括主要症

状、体征、相关特殊检查结果以及重要的阴性体征。在胸部平片，发现上纵隔增宽，如果临床上提供有或无重症肌无力表现，对诊断或排除胸腺瘤的诊断帮助很大；如发现颅骨多发性破坏，转移瘤、MM、甲状旁腺功能亢进都有可能，如果临床上能提供相关病史或实验室检查指标，影像诊断结果就可能明确。不能只写“病史如前”，更不能留下空白。有的过于简单，如“发热”，而无发热的程度，有无伴随症状等；又如“咯血”，而无咯血的量、次数，有无咳嗽等；在外伤的患者，申请了多部位的骨骼检查，而病史中仅写“外伤”二字，没有写任何症状和体征；有的医院用电子病历，干脆把现病史统统粘贴过来，重点不突出。这些均给影像诊断带来极大的困难。

3. 临床诊断与检查目的：临床初步诊断或通过检查达到何种目的。

4. 检查部位与检查方法：检查部位与方法较多，各个医院开展的项目也多少不一，有的医院已在申请单上列出检查项目，但总是跟不上学科的发展和新技术应用，这就需要临床医生和影像科医生不断沟通与交流。总之，检查部位填写应准确无误，无论是一个部位或多个部位或是多种体位，避免患者重复检查或往返折腾。

5. 申请医师签名：申请医生的签名不仅是表明执业医师权限，也是便于影像科医生联系和随访。

6. 申请日期。

7. 操作者签名：便于报告医生和检查者联系。

8. 与检查相关的主要参数记录：一些重要参数对诊断有较大价值。

9. 特别说明：主要用于在检查过程中的一些特殊情况的补充说明。

附：放射医学诊断报告格式一

____________医院

普通 X 线检查诊断报告

姓名________ 性别________ 年龄________ X 线号________
科室________ 病区________ 床号________ 住院号________

检查部位或名称：

检查方法：

影像表现：

诊断意见：

报告医师： 审核医师：

报告日期： 审核时间：

（本报告仅供内部临床医师诊断参考，不作其他证明之用）

附：放射医学诊断报告格式二

____________医院

乳腺 X 线检查诊断报告

姓名________ 性别________ 年龄________ X 线号________
科室________ 病区________ 床号________ 住院号________

检查部位或名称：

检查方法：

影像表现：

诊断意见：
BI-RADS：

报告医师： 审核医师：

报告日期： 审核时间：

（本报告仅供内部临床医师诊断参考，不作其他证明之用）

附:放射医学诊断报告格式三

_____________医院

造影检查诊断报告

姓名_________ 性别________ 年龄________ X线号________
科室_________ 病区________ 床号________ 住院号________

检查部位或名称:

检查方法:

影像表现:

诊断意见:

报告医师: 审核医师:

报告日期: 审核时间:

(本报告仅供内部临床医师诊断参考,不作其他证明之用)

附:放射医学诊断报告格式四

_____________医院

CT 检查诊断报告

姓名_________ 性别________ 年龄________ CT号________
科室_________ 病区________ 床号________ 住院号________

检查部位或名称:

检查方法:

影像表现:

诊断意见:

报告医师: 审核医师:

报告日期: 审核时间:

(本报告仅供内部临床医师诊断参考,不作其他证明之用)

附:放射医学诊断报告格式五

____________医院

MRI 检查诊断报告

姓名________ 性别_______ 年龄_______ MRI 号_______

科室________ 病区_______ 床号_______ 住院号_______

检查部位或名称:

检查方法:

影像表现:

诊断意见:

报告医师: 审核医师:

报告日期: 审核时间:

(本报告仅供内部临床医师诊断参考,不作其他证明之用)

附:放射医学诊断报告格式六

____________医院

DSA 检查诊断报告

姓名________ 性别_______ 年龄_______ DSA 号_______

科室________ 病区_______ 床号_______ 住院号_______

检查部位或名称:

检查方法:

影像表现:

诊断意见:

报告医师: 审核医师:

报告日期: 审核时间:

(本报告仅供内部临床医师诊断参考,不作其他证明之用)

附：放射医学检查申请单格式一

____________医院

普通 X 线检查申请单

姓名________ 性别_______ 年龄_______ 职业________

科室________ 病区_______ 床号_______ 住院号_______

临床诊断： 影像号：

简要病史（包括症状、体征及相关辅助检查结果）

检查部位及名称：

检查目的及要求：

申请医师签名： 申请日期：

摄片主要参数及特别说明：

检查技师或医师签名： 检查时间：

附：放射医学检查申请单格式二

______________医院

CT 检查申请单

姓名________	性别________	年龄________	职业________
科室________	病区________	床号________	住院号________

临床诊断：　　　　　　　　　　　　　　　影像号：

简要病史（包括症状、体征及相关辅助检查结果）：

注意：增强检查需要提供患者有无碘造影剂过敏史及相关疾病（如多发性骨髓瘤、癫痫及其他物质过敏史等）

检查部位及名称：

检查目的及要求：

申请医师签名：　　　　　　　　　　　　　申请日期：

扫描主要参数及特别说明：

检查技师或医师签名：　　　　　　　　　　检查时间：

附:放射医学检查申请单格式三

____________医院

MRI 检查申请单

姓名__________ 性别________ 年龄________ 体重__________ 职业______
科室__________ 病区________ 床号________ 住院号________

临床诊断: 影像号:

简要病史(包括症状、体征及相关辅助检查结果):

注意:体内装有电子线路(如心脏起搏器、神经刺激器及电子耳蜗等)、动脉瘤夹术后及高热患者不能做此项检查。对昏迷、精神异常、幽闭症、检查局部有金属异物的患者及孕妇(特别是3个月内早孕妇女)应避免做此项检查。

检查部位及名称:

检查目的及要求:

申请医师签名: 申请日期:

摄片主要参数及特别说明:

检查技师或医师签名: 检查时间:

附:放射医学检查申请单格式四

__________医院

透视检查及诊断报告单

姓名________ 性别_______ 年龄_______ 住院号_______

科室________ 病区 床号_______

临床诊断:

简要病史:

检查部位及目的:

申请医师签名: 申请日期:

报告部分

透视所见:

诊断意见:

报告医师签名: 报告日期:

(本报告仅供内部临床医师诊断参考,不作其他证明之用)

附:内腔镜检查申请单格式

__________医院

内腔镜检查申请单

内腔镜名__________　　编号______　收费______

姓名__________　性别_____　年龄_____　门诊/住院号_____
科别__________　病区_____　床号_____　体重_____

病史摘要及相关检查:

临床诊断:

检查部位:

目的和要求:

临床医师签名:__________申请日期:__________

(本报告仅供临床参考)

附:内腔镜检查报告单格式

__________医院

内腔镜检查报告单

姓名__________　性别_____　年龄_____　门诊/住院号_____
科别__________　病区_____　床号_____　体重_____

检查所见:

检查结论:

送检项目__________　部位__________　数量__________

临床医师签名:__________申请日期:__________

(本报告仅供临床参考)

附:心电图检查报告单格式

____________医院

心电图检查报告单

编号______

姓名__________　性别_____　年龄_____　门诊/住院号_____

科别__________　病区_____　床号_____　体重_____

心电图记录:

肢导联电压标准_______胸导联电压标准_______心率_______

电轴__________房率__________室率__________

PR 间期_______ QRS 时限_______ QT 间期_______

简述:

诊断印象:

临床医师签名:__________日期:__________

(本报告仅供临床医师参考)

附:脑电图检查报告单格式

____________医院

脑电图检查报告单

编号______

姓名__________　性别_____　年龄_____　门诊/住院号_____

科别__________　病区_____　床号_____　体重_____

脑电图记录:

头皮电极:

诱发方法:睁闭眼、过度换气。

导联方法:单极、双极。

患者受检情况:

位置:坐、卧、抱　　合作程度:合作、不合作

意识:清醒、嗜睡、朦胧、昏睡、入睡

脑电图诊断:

临床医师签名:__________日期:__________

(本报告仅供临床医师参考)

第四节　超声报告基本范畴与要求

自20世纪50年代超声诊断技术问世，经过半个多世纪的发展，同其他临床学科相比，超声医学这门年轻的学科发展迅速，尤其是进入80年代以后的三十余年间，从单一的诊断学科发展到今天成为诊断与治疗融为一体的新型诊疗学科。表现在诊断形式多样化，从A型、M型、脉冲多普勒、连续多普勒到B型、彩色多普勒等；形式组合多元化，从单一的A超仪、M超仪、B超仪到B、M、D型于一机的彩色多普勒超声诊断仪；新技术、新方法日新月异，近十几年来声学定量、多普勒能量图、组织多普勒以及腔内超声、三维超声、负荷超声、超声造影等技术相继应用于临床；应用范围几乎渗透到临床所有学科，为临床很多疾病的诊断提供了丰富可靠的信息，在某些疾病的治疗上也为临床提供了一种有效的微创性手段，深受临床学科的关注和青睐。

超声图像的实时性和扫查切面的随意性，决定其所得到的影像信息量极为丰富，如何从中提取有价值的诊断信息，充分有效地提供给临床，更好地为临床服务，这就需要以科学文本的形式即超声报告的形式来反映，以供临床参考。随着介入性超声的普及开展，不仅使超声技术在诊断层面上迈向了更高更深的层次，同时为某些疾病的治疗提供了新的有效的微创性手段。因此，超声报告不仅局限于诊断报告，还包括介入性超声诊断与治疗报告。另一方面，超声报告作为具有法律效应的病历中的一项重要内容，同样是解决医疗纠纷、处理医疗事故、伤残鉴定和医疗保险理赔的重要举证材料。因此，不仅要求超声医学专业技术人员在超声检查和治疗过程中要遵从诊疗常规、规范操作，而且在报告书写时要做到实事求是、科学规范。一份高水平的超声报告不仅在一定程度上反映医院超声医学科的诊疗技能和水平，而且为临床科研和教学提供丰富的影像学信息和素材。

一、超声报告基本范畴

从临床应用的角度，超声报告包括超声诊断报告、超声治疗报告。具体到报告形式上，有常规超声检查报告、特殊超声检查报告和介入性超声报告。常规超声检查报告包括 B 型超声检查报告、多普勒超声检查报告、超声心动图检查报告、急诊超声检查报告和床边超声检查报告等。特殊超声检查报告包括经食管超声心动图检查报告、经阴道超声检查报告、经直肠超声检查报告、血管内超声检查报告、超声造影检查报告、负荷超声心动图检查报告和造影超声心动图检查报告等。介入性超声报告除了常规的介入性超声诊断与治疗报告，还包括术中超声报告和术中超声心动图报告等。

二、超声报告基本要求

超声报告要求涵盖医疗机构和就诊患者的一般信息，以及超声检查与治疗过程中的相关信息，这些必需录入的信息，包括医疗机构的名称，超声报告的名目，患者的一般信息(姓名、性别、年龄、门诊科室、住院病区、床号、住院号、超声号等)，超声影像信息(超声影像、超声所见、超声提示)，超声报告医生及审核医生的姓名及签名、报告日期等。

超声报告除了上述必需录入的信息，还应根据超声检查或治疗不同的目的，录入一些其他相应的内容。由于有些急诊患者、危重患者的病情变化复杂多端，随时随刻都有可能发生急剧的变化，为了让临床能够及时了解患者病情的动态变化，急诊超声检查报告还应注明详细的检查时间，甚至要准确到分钟。特殊超声检查报告要标明检查的方式和途径，如经食管超声心动图检查、血管内超声检查、超声造影检查、负荷超声心动图检查等，检查过程中所用药物和造影剂的名称、剂量、时间和使用方法，以及负荷的种类、级量和时间，如超声造影时使用的造影剂声诺维，采用静脉团注法，一次性注射剂量为 2.4mg；多巴酚丁胺负荷超声心动图使用的负荷为多巴酚丁胺，注射方式采用微量输液泵静脉输注，剂量从 2.5μg/kg/min 开始，按 5.0μg/kg/min、10μg/kg/min、20μg/kg/

min、40μg/kg/min 剂量梯度逐渐增量。介入性超声报告要说明介入的方式、途径、部位和目的，如经食管超声心动图检查、超声导向穿刺活检、超声导向穿刺抽液、超声导向穿刺置管引流等，还要对超声介入的过程进行记录，如消毒方式、麻醉药品名称和给药方式、进针位置、抽吸液体的量和性状，以及进针活检次数，取出的组织块的解剖形态、大小、数目，是否送交组织学、细胞学检查或生化分析，介入过程中患者的反应，尤其是不良反应和并发症，以及不良反应和并发症的处理，患者介入后是否留观以及留观的时间等。

第五节　超声报告基本要求与格式

超声报告作为一份医学影像文本，不仅要求将超声影像信息以专业化的文字语句通过简要的描述充分地反映出来，同时还要求在报告设计上做到合理规范、美观实用。随着计算机技术的发展以及其在医学领域的广泛应用，超声报告已从手工书写向电子化文本过渡，超声影像的信息管理也逐步摆脱了人工管理的模式，走向了网络化信息管理时代。尽管电子文本式的超声报告实现了图文并茂，但由于国内目前还没有一个统一和公认的具有权威性的报告规范，研发部门在超声影像信息系统或超声工作站研发过程中，缺乏专业的指导性的标准，他们多数是根据不同医院的临床需求来实现，因此，超声报告无论从形式上还是从内容上，都存在较大的差异。此外，国内还有相当大比例的医院，尤其是在经济不发达的地区，超声报告仍然采用传统的手工书写方式，以至于已经不能适应当今医学快速发展的新形势。限于目前国内的条件，尚不能完全普及使用电子文档式的超声报告，但无论电子文本还是手写文本，在报告设计时都要遵循“美观实用，项目齐全，内容完整，描述规范”这样一个基本原则，基本内容要涵盖医院名称、报告名目、患者的一般信息、仪器的型号、超声项目、代表性的超声影像、超声影像描述、超声影像提示、报告医生与审核医生、检查时间(或介入时间)与报告时间。

一、超声报告基本要求与格式

超声报告在设计时力求统一和规范。超声技术应用于临床有很多不同的目的和方法，在内容上不可能千篇一律，肯定有异同之处，但在形式上要尽量保持一致，可以在设计上有一个基本的统一格式。超声报告的基本格式一般应包含以下内容。

（一）医疗机构名称

医疗机构名称是指具有医疗执业资格和独立法人资格的医疗机构的全称，不能用简称，也不能用旧称，更不能随意加字减字，要同执业执照上的名称完全一致。如正确使用“皖南医学院弋矶山医院”名称，不能用皖医弋矶山医院，或皖南医学院附属医院，或皖南医学院附属弋矶山医院。医院名称位于超声报告的首行。

（二）超声报告题目

超声报告题目是指超声检查或治疗报告的规范化名称，由超声的类型、方式、目的等要素构成，不要用简写，更不能使用非规范化的字词和术语。如正确使用“彩色多普勒超声检查报告”题目，不能用彩超检查报告。超声报告题目一般位于超声报告的第2行，即医疗机构名称的下一行。下面罗列国内常用的超声报告题目，供参考。

1. B型超声检查报告
2. 彩色多普勒超声检查报告
3. 超声心动图检查报告（包括常规超声心动图、经食管超声心动图、负荷超声心动图、造影超声心动图等）
4. 介入性超声报告（包括介入性超声诊断和治疗）
5. 产前超声诊断报告
6. 超声造影报告

（三）患者一般信息

患者一般信息是指患者的简单信息以及与患者密切相关的临床简单信息，包括患者姓名、性别、年龄、就诊科室、住院号、病区、床号、超声号、临床诊断等。患者姓名要与身份证上保持一致，不

要有意识冒名顶替和使用他人姓名。性别指患者的社会性别。年龄要用实足年龄，婴幼儿要用实足月龄，三个月以下的婴儿要用天龄。严禁在年龄项使用“成”“儿”等模糊年龄。一般信息栏一般位于超声报告的第3行，相当于报告题目栏的下方。

（四）超声仪器型号

超声仪器型号是指所用超声仪器的具体型号，由生产厂商以及仪器的规格型号等组成。要与仪器上标识的规格型号保持一致。用英文标识型号的进口仪器尽量用原文，不用翻译的中文，如果要用也必须使用行业内部认可的中文规格型号。如正确使用“Acouson Siquia512”“Philip iE33”等，不用“红杉树”“飞利普IE33”等。超声仪器型号可以放在超声报告题目与患者一般信息栏之间的右侧或左侧。超声诊断的水平不仅与超声从业人员的技术水平有关，在很大程度上还取决于超声仪器的平台和性能。换言之，一个二级医院的超声诊断水平低于三级甲等医院，不能单纯从技术水平上给予评价，还要考虑到所用超声仪器的档次和性能。因此，无论是从评价超声技术水平，还是从医学法律保护意义上，超声报告上都有必要注明所用超声仪器的规格型号。

（五）超声项目

超声项目是指超声检查、超声治疗的具体项目，由申请超声检查的部位、脏器、组织，以及介入性超声的方式、途径、目的等要素构成。超声项目要尽可能使用规范化的名称和术语，可以用行业内公认的简写。如使用规范的“肾输尿管膀胱检查”“超声导向肾囊肿穿刺抽液硬化治疗”，也可以用公认的“泌尿系统检查”“超声导向肾囊肿穿刺”等简写。超声项目可以放在患者一般信息栏的下方。下面罗列国内常用的超声诊断与治疗项目，供参考。

1. 超声心动图检查项目

（1）常规超声心动图：包括常规B型、M型及多普勒超声心动图检查。

（2）经食管超声心动图：在常规超声心动图基础上，加做经食

管超声检查。

(3)三维超声心动图:在常规超声心动图基础上,加做三维超声检查。

(4)负荷超声心动图:在常规超声心动图基础上,加做负荷超声检查。

(5)右心超声造影:在常规超声心动图基础上,加做经外周静脉右心超声造影检查。

(6)心肌超声造影:在常规超声心动图基础上,加做经外周静脉心肌超声造影检查。

(7)心脏运动同步化检测:在常规超声心动图基础上,加做心脏运动同步化分析。

2. 胸腹部超声检查项目

(1)肝胆胰脾肾:由于肝胆胰脾肾都位于中上腹部,位置相互毗邻,因此常规超声检查可以将肝脏、胆管、胰腺、脾脏和肾脏作为一个大项一并检查。

(2)肝胆胰脾肾腹腔:包括肝脏、胆管、胰腺、脾脏、肾脏和腹腔超声检查,这里的腹腔不含腹腔脏器,指脏器外的腹膜腔。

(3)肝胆胰脾肾腹膜后:包括肝脏、胆管、胰腺、脾脏、肾脏和腹膜后超声检查,这里的腹膜后不含腹膜后脏器,指脏器外的腹膜后间隙。

(4)肝胆胰脾肾腹腔腹膜后:包括肝脏、胆管、胰腺、脾脏、肾脏、腹腔和腹膜后超声检查。

(5)泌尿系统:包括肾、输尿管、膀胱超声检查,男性患者还包括前列腺检查。

(6)泌尿系统+残余尿量:包括肾、输尿管、膀胱超声检查,男性患者还包括前列腺检查,加测膀胱残余尿量。

(7)泌尿系统+精囊腺:包括肾、输尿管、膀胱、前列腺、精囊腺超声检查。

(8)泌尿系统+精囊腺+残余尿量:包括肾、输尿管、膀胱、前

列腺、精囊腺超声检查，加测膀胱残余尿量。

(9)肾、肾上腺：包括肾脏和肾上腺超声检查。

(10)肾、肾血管：包括肾脏及肾血管超声检查。

(11)肾、肾血管、肾上腺：包括肾脏、肾血管和肾上腺超声检查。

(12)胃、十二指肠：包括胃和十二指肠超声检查。

(13)胸腔积液及定位：判断有无胸腔积液、积液的量，如果为中大量积液，还需行穿刺定位。

(14)腹腔积液及定位：判断有无腹腔积液、积液的量，如果为中大量积液，还需行穿刺定位。

(15)胃排空功能：在胃十二指肠常规超声检查基础上观察胃排空功能。

(16)胆囊收缩功能：在胆管常规超声检查基础上观察胆囊收缩功能。

3. 妇产科超声检查项目

(1)妇科：包括子宫、附件及盆腔的经腹超声检查。

(2)产科：指早、中、晚孕期常规超声检查。

(3)早孕期胎儿遗传学筛查。

(4)中孕期胎儿形态学筛查。

(5)经阴道超声：在经腹妇科、产科常规超声检查的基础上，加做经阴道超声检查。

4. 浅表超声检查项目

(1)眼球 A 型超声。

(2)眼球超声生物显微镜(UBM)。

(3)眼球及附属器：包括眼球及眼眶其他组织超声检查。

(4)涎腺及颈部淋巴结：包括腮腺、下颌下腺及颈部淋巴结超声检查。

(5)甲状腺及颈部淋巴结：包括甲状腺及颈部淋巴结超声检查。

(6)甲状旁腺及颈部淋巴结:包括甲状旁腺及颈部淋巴结超声检查。

(7)甲状腺、甲状旁腺及颈部淋巴结:包括甲状腺、甲状旁腺及颈部淋巴结超声检查。

(8)颈部腺体及颈部淋巴结:包括腮腺、下颌下腺、甲状腺、甲状旁腺及颈部淋巴结超声检查。

(9)乳腺及腋窝淋巴结:包括乳腺及腋窝淋巴结超声检查。

(10)颌面部肿块:包括肿块及颌面部淋巴结超声检查。

(11)颈部肿块:包括肿块及颈部淋巴结超声检查。

(12)胸部肿块:包括肿块及腋窝淋巴结超声检查。

(13)腹部肿块:包括肿块及腹股沟淋巴结超声检查。

(14)腰背部肿块:包括肿块及周围淋巴结超声检查。

(15)臀部肿块:包括肿块及腹股沟淋巴结超声检查。

(16)上肢肿块:包括肿块及腋窝淋巴结超声检查。

(17)下肢肿块:包括肿块及腹股沟淋巴结超声检查。

(18)阴囊睾丸附睾:包括阴囊、睾丸及附睾超声检查。

(19)阴囊睾丸附睾精索:包括阴囊、睾丸、附睾及精索超声检查。

(20)阴茎动、静脉:包括阴茎动、静脉超声检查。

(21)精索动、静脉:包括精索动、静脉超声检查。

(22)阴茎精索动、静脉:包括阴茎动、静脉及精索动、静脉超声检查。

(23)阴茎动、静脉及药物试验:在阴茎动、静脉超声检查基础上,加做药物试验。

5. 外周血管超声检查项目

(1)经颅多普勒超声(TCD)。

(2)颅内血管:包括大脑前动脉、中动脉、后动脉、基底动脉、颅内动脉环等彩色多普勒超声检查。

(3)颈动静脉:包括颈总,颈内、外动脉及颈内静脉彩色多普勒

超声检查。

(4)颈动静脉、椎动静脉：在第(3)项基础上，加做椎动、静脉检查。

(5)上肢血管：包括腋动脉、肱动脉、尺动脉、桡动脉及伴随静脉彩色多普勒超声检查。

(6)下肢血管：包括股动脉、腘动脉、胫前动脉、胫后动脉、腓动脉、足背动脉及伴随静脉彩色多普勒超声检查。

(7)四肢血管：包括上肢血管及下肢血管彩色多普勒超声检查。

6. 急诊超声检查项目

(1)急诊外伤：包括腹腔及腹膜后实质性脏器(肝、胰、脾、肾、肾上腺)超声检查，并观察胸腔、腹腔有无积液及积液量。

(2)急腹症：包括胆管系统、泌尿系统、妇科以及胃肠道超声检查，还应包括必要的腹部血管检查，如腹主动脉夹层动脉瘤等。

7. 床旁超声检查项目

(1)急诊外伤床边超声。

(2)急腹症床边超声。

(3)床边其他超声检查项目：各种原因患者病情危重、昏迷以及不能下床、不宜搬动等而需要做床边超声检查的其他项目，包括床边超声心动图、胸腹部超声、妇产科超声、浅表超声、外周血管超声等检查项目。

8. 介入性超声项目

(1)超声导向经皮穿刺活检：包括腹部、浅表等实质性器官、软组织以及肿块等活检。

(2)超声导向经皮囊肿穿刺硬化治疗：包括来源于肝、肾、胰、卵巢等组织、器官的囊肿的穿刺治疗。

(3)超声导向经皮脓肿穿刺治疗：包括来源于肝、肾、腹盆腔等组织、器官的脓肿的穿刺、抽吸及注药治疗等。

(4)超声导向经皮脓肿穿刺置管引流：包括来源于肝、肾、腹盆

腔等组织、器官的脓肿的穿刺抽吸、置管引流及注药治疗等。

(5)超声导向经皮胆管穿刺置管引流：包括经皮经肝内、外胆管，胆囊穿刺置管引流。

(6)超声导向经皮肾盂穿刺置管引流：用于肾积水引流。

(7)经直肠超声导向前列腺穿刺活检：用于前列腺活检。

(8)经阴道超声导向盆腔穿刺活检：用于盆腔肿块活检。

(9)经阴道超声导向穿刺取卵：用于试管婴儿取卵。

(六)特征图像

特征图像是指在超声诊断和治疗的操作过程中，所获取的对诊断最有帮助的或者能充分说明治疗过程和效果的超声图像。尽管超声显像是一个动态过程，获取的信息量要远远大于其他影像学检查，但大部分信息是正常信息，这部分信息无须保存，需要提取和分析的是对疾病诊断有价值的重要信息，贮存这部分信息便于以后分析以及病情变化或疗效评价的随访观察。另外，在超声操作过程中所获得的信息除了用存储的图像保存下来，更多的信息还是通过文本描述的形式记录下来。因此，没有必要将超声操作过程中的所有影像信息完整地保存下来。超声报告中用一个合适大小和位置的空间，放置有价值的超声图像，以支持诊断和说明治疗，实现图文并茂。在超声报告设计时，要从美学和实用两个方面综合考虑，超声图像的数量控制在 2～4 幅，图像的位置选在超声报告的中上部分，占用的空间为报告纸面的 1/4～1/2。对于一些特殊病例或者某些特殊检查，如中孕产前胎儿畸形筛查，根据产前超声诊断规范的要求，要获取 29～33 个标准切面，需存贮的图像信息量较大，因此产前超声诊断报告可以将文本和图像分开用 2 页或多页分别记录，一页为超声报告文本，另一页或其他页为 6～8 幅或更多幅超声图像。

(七)超声描述

超声描述是将超声操作过程中所获得的所有超声影像信息进行分析和总结后，通过规范化的专业语言加以概括性描述，以支持

超声检查所得出的最后结论，或者以说明介入性超声诊疗的过程和结果。影像描述一般以系统为单元，按脏器检查的先后顺序分别进行描述。如泌尿系统超声检查，可以按照肾脏、输尿管、膀胱依次进行影像描述。脏器的影像描述，先填写脏器的超声测量值，然后依次描述脏器的B型、M型、D型等声像图表现。如超声心动图检查，首先报告心脏及相连接大血管的各项超声测量数值，如各房室腔及大动脉内径、室壁厚度、瓣口流速、收缩及舒张功能参数等，然后分别描述二维、M型及多普勒超声心动图表现。中晚期妊娠超声检查，可以按照胎儿、胎盘、脐带、羊水依次描述，胎儿影像描述可以遵循由上而下、由表到里的原则，即先描述头颈、脊柱、四肢，后描述内脏。介入性超声按照操作的步骤对操作的过程及结果分别进行描述。如超声导向肾囊肿穿刺硬化治疗，影像描述包括选择穿刺部位及穿刺针型号、消毒铺巾、麻醉药品及方式、穿刺深度、抽吸液体的量及性状、注入硬化剂的品名及剂量、留观时间、术中及留观期间的不良反应和并发症，以及不良反应及并发症的处理等。影像描述是超声报告中信息量最为丰富也是最有临床价值的部分，因此既要客观真实，又要全面完整。影像描述是对超声图像的解释和说明，因此在设计时一般放在特征图像的下方，亦即超声报告的中下部分，占用的空间约为报告纸面的1/2～2/3。对于一些特殊病例或者某些特殊检查，如中孕产前胎儿畸形筛查，超声报告可以将文本和图像分开用2页纸分别记录。

（八）影像结论

影像结论是对超声操作过程中所获得的所有超声影像信息进行分析后的概括性总结，其依据是影像描述。影像结论最先进入临床医生的视野，是超声报告中最为精华的部分，既要简单扼要，一目了然，又要符合临床诊断规范的要求。下影像诊断结论时，要尽可能遵循疾病临床诊断的规范，即病因诊断、病理解剖诊断、功能诊断。当然在很多情况下，单纯根据超声影像表现是很难或者是不能做出病因和病理诊断的，仅有少数情况下可以下病因诊断

和病理诊断，如胆囊结石、先天性心脏病室间隔缺损等。因此，在写影像结论时，不能仅凭影像学表现，还必须结合临床，一般情况下，只需要做出大体病理解剖学诊断，有些疾病可以做出病因提示，但不要轻易地下病因诊断和组织病理学诊断，即便是典型的声像图。任何事物都有其两重性，真理与谬误之间有时仅一步之遥。同样，在影像医学中也存在同病异图和同图异病的现象。因此，影像结论要实事求是。影像结论一般放置在超声报告的左下角区域。

（九）报告医生与审核医生

超声诊断报告医生是从事超声操作而获取超声影像信息并对其做出分析、总结和判断的医生，是超声诊断或治疗过程的主体。超声医生要承担相关的医疗责任和法律责任，因此，超声检查和治疗医生必须具备超声医学专业的执业资格。根据医院的级别不同，对执业医师资格的要求有所不同。根据中国卫生部有关执业医师资格认定和执业许可的有关规定要求，县级以上医院从事超声诊断人员必须具备超声诊断执业医师资格，县级以下医院包括乡镇卫生院、乡镇计生服务站等，要具备超声诊断助理执业医师资格。审核医生：对超声报告一般信息、检查项目、存储图像、报告内容、诊断结论进行核对，错误之处提出修改。实习医生、见习医生、进修医生、研究生必须在超声医生的指导下完成。超声报告最后须经上一级超声医生审阅后签字或盖章。一般来说，报告医生与审核医生的工作在国内很多基层医院由超声医生一人承担。报告医生与审核医生一般放置在超声报告的右下角区域。

（十）检查时间与报告时间

检查时间是指超声操作的具体时间，报告时间是指发出超声报告的具体时间。常规的超声操作时间一般以日期为单位来表示，检查与报告的间隔时间很短，因此超声报告只要求标明检查时间，而不反映报告时间。少数复杂疑难病例需要会诊，按规定允许检查时间与报告时间有1～2天的间隔时间，在这种情况下可以在超声报告上

将检查时间和报告时间分别予以注明。急诊患者由于病情变化急剧,因此,为了更准确反映患者当时的超声影像表现,同时便于对病情变化的动态观察,急诊超声报告时间应要求写明检查的详细时间,以分钟为单位。检查时间与报告时间一般放置在超声报告右下角区域报告医生的下方。

二、B型超声检查报告内容与要求

超声报告的题目要明确地定为“B型超声检查报告”。B型超声检查报告是将B型超声检查过程中获取的超声影像信息反映到超声报告中,由于使用的是B型超声,而没有应用M型及D型超声,因此,在超声报告的影像描述项只要求描述B型超声图像特点。其他各项均要求符合超声报告的基本格式和要求。皖南医学院弋矶山医院成功地研发了超声影像信息系统,并于2003年正式投入使用,现将该系统中B型超声检查报告的格式(见超声报告格式一)录入本书,仅供参考。

三、多普勒超声检查报告内容与要求

超声报告的题目为“彩色多普勒超声检查报告”。彩色多普勒超声检查报告在影像描述项除了要对B型超声图像进行描述,还需要描述频谱及彩色多普勒超声图像特点,尤其是要记录用脉冲多普勒检测的血流动力学参数值。其他各项均要求符合超声报告的基本格式和要求。本书提供彩色多普勒超声检查报告的参考格式(见超声报告格式二)。

四、超声心动图报告内容与要求

超声报告的题目为“超声心动图检查报告”。超声心动图检查报告的影像描述项要包括三个方面的内容:超声心动图测值、B型及M型超声心动图特征、多普勒超声心动图特征。由于心脏及与其连接的大血管的血流动力学检测是超声心动图检查的一项非常重要内容,因此超声心动图测值除了要记录用B型和M型超声所测得的各房室腔及大血管的内径、室壁厚度、心脏收缩与舒张功能,还要记录用D型超声检测的血流动力学参数值。其他各项均

要求符合超声报告的基本格式和要求。如果在常规超声心动图检查的基础上进行了其他诸如经食管超声心动图、造影超声心动图、负荷超声心动图、冠脉血流显像等特殊的检查,还需要在影像描述项增加对特殊检查所获得的声像图特点进行描述。或者将这些特殊的超声心动图检查信息以专门的形式进行报告,如经食管超声心动图报告、造影超声心动图报告、负荷超声心动图报告等。本书提供几种超声心动图检查报告的参考格式(见超声报告格式三)。

五、介入性超声报告内容与要求

超声报告的题目为"介入性超声报告"。介入性超声的目的主要有三个方面:单纯性诊断、单纯性治疗以及诊断与治疗。由于介入性超声在临床应用的范围比较广,方法、途径、目的多种多样,不可能也不需要以具体详细的报告形式对介入性超声进行报告,可以采用统一的报告格式,即"介入性超声报告"。为了从介入性超声报告中很容易简单地了解到介入性超声的不同目的,可以在检查项目栏对目的进行标注,如超声导向肾脏穿刺活检、超声导向经皮穿刺胆管置管引流、超声导向肝脏病灶穿刺诊断与治疗等。介入性超声报告在影像描述项要详细记录介入的方法、方式、途径、过程、结果、不良反应及并发症、留观时间,以及对不良反应及并发症的处理等。其他各项均要求符合超声报告的基本格式和要求。本书提供介入性超声报告的参考格式(见超声报告格式四)。

血管内超声以及超声内镜检查作为介入性超声的一种形式,可采用统一的"介入性超声报告"模式,在检查项目栏标注血管内超声或超声内镜。由于从事血管内超声和超声内镜检查的学科较多,除了超声科开展外,心血管内科、血管外科、消化内科等学科也在开展,因此有些医院对临床专科开展的超声采用了专门的"血管内超声检查报告""超声内镜检查报告"模式。为了便于超声报告的规范,采用统一的"介入性超声报告"。

六、急诊超声检查报告内容与要求

由于急诊患者检查时病情急、重,准备不充分,配合程度较差,

给超声医生的检查增加了难度，但正因为是急诊，要求操作医生在尽可能短的时间内给出正确的诊断，以便给临床提供正确的诊疗信息，但必要时可以注明一些影响此次检查的干扰因素，如肠道气体干扰较大，胎儿胎位、羊水过少影响，患者不能配合检查等。其他各项均要求符合超声报告的基本格式和要求（见超声报告格式五）。

附：超声报告格式一

__________医院

B型超声检查报告

超声号：

超声仪器型号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　住院号：

姓名		性别		年龄		科别		床号	
检查项目：									
特征图像： 图像描述： 超声结论： 报告医师：　　　　　　　　　　审核医师：									

（仅供参考）　　　　　　　　　　　　　　检查时间：

附:超声报告格式二

______________医院

彩色多普勒超声检查报告

超声号:

超声仪器型号: 住院号:

姓名		性别		年龄		科别		床号	
检查项目:									
特征图像: 图像描述: 超声结论: 报告医师: 审核医师:									

(仅供参考) 检查时间:

附:超声报告格式三

______________医院

超声心动图检查报告

超声号:

超声仪器型号: 住院号:

姓名		性别		年龄		科别		床号	
检查项目:									
特征图像: 图像描述: 一、超声心动图测量值 二、B 型及 M 型超声心动图特征 三、多普勒超声心动图特征 超声结论: 报告医师: 审核医师:									

(仅供参考) 检查时间:

附:超声报告格式四

________医院
介入性超声报告

超声号:
超声仪器型号: 住院号:

姓名		性别		年龄		科别		床号	
介入超声项目:									
特征图像: 介入影像描述: 介入超声结论: 介入医师: 审核医师:									

(仅供参考) 介入时间:

附:超声报告格式五

________医院
急诊超声检查报告

超声号:
超声仪器型号: 住院号:

姓名		性别		年龄		科别		床号	
检查项目:									
特征图像: 图像描述: 超声结论: 报告医师: 审核医师:									

(仅供参考) 检查时间:

第六节　超声报告基本描述

超声报告的主要目的是将超声操作过程中所获取的超声影像信息进行分析、整合和总结，再通过专业性语言作扼要描述，最后以图文并茂的形式反映给临床，为临床疾病的诊断提供参考，或者说明介入操作的过程和结果。由于超声诊断的形式不同，超声操作的过程和目的不同，因此超声报告应该据此进行不同的描述。超声检查报告不仅要根据超声诊断的形式，分别对B型和M型超声图像、频谱、彩色多普勒图像等进行描述，还要根据检查的靶目标，分别对组织、脏器和病灶进行描述。介入性超声报告要根据不同的目的、方法、途径和结果，分别对其进行描述。

一、B型超声图像描述

所谓回声是指人体受到超声探头发射的超声波，通过组织与超声波之间的相互作用后，将一部分超声波返回到超声探头，这部分返回的超声波称之为回声。B型超声图像是将用B型超声检查而获得的回声信息以灰度的形式来显示，灰度的高低代表回声信息的强弱，故又称之为灰阶声像图。B型超声检查的目的在于了解脏器或组织的大小、形态、内部结构、组织特性和功能状态。灰阶声像图要分别描述回声的强弱、回声的大小、回声的多少以及回声的分布。

（一）回声强弱描述

B型超声图像是根据回声信号的强弱依次用不同的灰阶值即灰度来表示，换言之，灰度的明暗代表了回声的强弱。根据灰度的高低依次将回声强弱分为六种类型，即强回声、高回声、等回声、低回声、弱回声以及无回声。

1. 强回声：主要见于骨质、钙质、气体等回声。

2. 高回声：主要见于实性脏器的包膜、囊性脏器的囊壁、肾窦，以及囊性病灶的囊壁、毛细血管瘤、错构瘤等病灶回声。

3. 等回声：主要见于实性脏器的实质回声，据回声强弱依次为胰腺、肝脏、脾脏、肾脏皮质等，实性病灶的回声，少数囊性病灶的

囊内液体回声。

4. 低回声：主要见于皮下脂肪、肾脏髓质的回声，实性病灶的回声，少数囊性病灶的囊内液体回声。

5. 弱回声：主要见于淤滞的血液回声，囊性病灶的囊内液体伴出血回声，实性病灶内坏死液化区回声。

6. 无回声：主要见于尿液、胆汁，以及囊性病灶的囊内液体回声，实性病灶内坏死液化区回声。

为了便于统一规范，建议对均匀一致的回声，使用上述六种类型来描述回声强度，不主张使用其他回声强度的描述，如中高回声、中低回声、低弱回声、暗区等。曾经很长时间将无回声称之为暗区，直至现在仍有相当比例的超声医生还在延用这个名词，由于“暗区”是从视光学角度所作的表达，根据多数专家的意见，建议不用。对非均匀一致的回声，建议使用由六种类型中哪几种回声组成的混合回声进行描述，如病灶含有强回声、低回声与无回声等多种回声，可以用“病灶呈强回声、低回声及无回声组成的混合回声”对病灶回声强度进行描述。

(二)回声大小描述

超声穿透人体后，由于组织介质的声阻抗存在差异，从而产生了大小不同的界面，界面的大小决定了超声在人体组织中的传播方式，大界面产生反射，小界面产生散射。反射和散射回探头的回声信号，其大小和形状取决于界面的大小和形状，界面越大回声越大，反之则相反。依据回声的大小和形状，将回声大小分为几种类型，即点状回声、斑点状回声、团状回声、线状回声、条状回声、带状回声、弧形回声等。

1. 点状回声：最小的回声，一般认为直径≤2mm 的回声称之为点状回声。点状回声根据大小或粗细还可以再细分为细小的点状回声，粗大的点状回声。细小的点状回声主要见于实性脏器的实质回声，如肝脏、脾脏、肾脏、胰腺等实质性脏器。粗大的点状回声，多为异常回声，常见于实性脏器的慢性损害，如慢性肝炎引起

的肝硬化，相对于正常肝脏实质的细小点状回声，可称之为回声增粗，指的就是细小的点状回声变化为粗大的点状回声。点状回声还多见于实性病灶的实质回声，如各种良恶性肿瘤。

2. 斑点状回声：较小的回声，一般认为直径在2～5mm的回声称之为斑点状回声。主要见于小结石、钙化灶以及其他一些小病灶，如肾脏小结石、胆囊小息肉、胆囊壁胆固醇结晶等。

3. 团状回声：较大的回声，一般认为直径≥5mm的回声称之为团块状回声。主要见于较大的结石、钙化灶以及气体团等，如胆囊结石、肾皮质的钙化灶、胃肠道气体等。

4. 线状回声：形状似线样的回声，主要见于脏器的包膜回声，如肝脏、脾脏、肾脏的包膜，还可见于一些良性病灶的包膜回声，如乳腺纤维腺瘤、甲状腺腺瘤等。

5. 条状回声：形状似条样的回声，较线状回声短而粗，主要见于纤维化病灶，如慢性血吸虫病肝脏纤维化。

6. 带状回声：形状似带样的回声，较条状回声长而宽，主要见于纤维化病灶，如慢性血吸虫病肝脏纤维化。

就回声的大小和形状而言，曾经有多种不同的称谓方法，而且已形成习惯，如点状回声，以前称光点，斑点状回声称光斑，团块状强回声称光团，带状强回声称光带等。这些叫法已为广大的超声专业人员所接受，近年来，有不少专家学者认为，这些名词从字面上似有被打上物理光学上的烙印，不适合作为超声医学专业名词使用。因此，虽然这些名词已使用多年，而且在很多人脑海里根深蒂固，但从科学规范的角度，不应该让其成为自然，因此"光点""光斑""光团"和"光带"等名称，建议不再使用。除此之外，还有其他一些描述表达，诸如不规则回声、弧形回声等，实际上上述六种类型已经包含了这些名词所表述的意思，如弧形回声完全可以通过线状回声或带状回声予以表达，不规则回声已经蕴涵在斑点状、团块状、带状回声所表达的意思里面，这些类型的回声都有规则与不规则之分，因此没有必要单独列出作为一种类型。

（三）回声多少描述

回声大小的六种类型，每型根据回声的多少分为三种类型，即回声密集、回声稀疏和回声散在。

1. 回声密集：正常实性脏器的实质回声呈密集的细小点状回声，如肝脏、脾脏、肾脏等脏器的实质回声。

2. 回声稀疏：多见于囊性脏器或囊性病灶液体内含有较少的微小或细小的固形成分，如胆囊炎坏死的组织碎屑或脓栓悬浮于胆汁中，羊水混浊，尿液有形成分增多等。

3. 回声散在：多见于实性脏器如肝脏、脾脏、肾脏、前列腺等实质区的钙化灶、纤维灶，肝内胆管的结石或胆固醇结晶，肝内胆管的积气等。

（四）回声分布描述

根据组织介质的均匀一致性程度，回声分布有两种形式，即分布均匀与分布不均匀。

1. 分布均匀：正常实性脏器的实质回声分布均匀。

2. 分布不均匀：实性脏器的急慢性损害，尤其是慢性损害，其实质回声分布不均匀，不均匀程度与损害程度有关，如各种原因引起的慢性肝损害。实性病灶的回声多为分布不均匀，如良恶性肿瘤、脓肿、血肿机化等。

回声分布均匀与不均匀肉眼判断没有绝对的标准，因此有专家认为，在回声均匀与不均匀之间，以及根据不均匀程度可以作更细致的表述，如回声均匀、回声欠均匀、回声不均匀、回声极不均匀等。有些超声报告有时也可见到“回声较均匀、回声尚均匀”这样的描述。

（五）回声综合描述

在书写超声报告时，可以将回声的强弱、大小、多少和分布等分别进行描述，但多数情况下采取对回声的综合描述，尤其是正常声像图。例如，正常实性脏器的实质回声，可以这样综合描述：实质呈密集细小的点状等回声，分布均匀；实性病灶表现为高回声、

等回声与低回声组成的混合回声，回声密集，呈粗大的点状回声，分布不均匀；也可以这样描述：病灶呈高、等、低回声混合的粗大的点状回声，分布不均匀。对一些有助于诊断的超声伪像，也应一并描述，如肾脏集合系统伴后方声影的团状强回声，超声可诊断为肾结石；胆囊壁内的点状强回声，伴彗星征，可考虑为胆囊壁间的胆固醇结晶。

（六）特征图像描述

所谓特征图像，是指某些图像为某些疾病或病灶所特有，具有很强的代表性和特征性，根据这些图像，基本上可以明确诊断。

1. 靶环征（牛眼征）：病灶中心呈高回声，周边呈低弱回声。如肝脏转移性肿瘤。

2. 驼峰征：实性脏器包膜下占位性病灶，使局部表面向外隆起，多为脏器的良恶性肿瘤。

3. 双筒枪征：肝外胆管扩张与并行的门静脉形成双管，多为肝外胆管阻塞。

4. 平行管征：肝内胆管扩张与并行的门静脉形成平行管，多为肝内或肝外胆管阻塞。

5. 假肾征：增厚胃肠壁，低回声与残腔高回声组成的类肾样混合回声，多为胃肠道肿瘤，肿大的淋巴结也有此征。

6. 面团征：囊性病灶无回声区内的团状强回声，边缘清晰，常附于囊肿壁的一侧，为毛发一油脂裹成的团块。此为卵巢囊性畸胎瘤的特征性图像之一。

7. 脂液分层征：囊性病灶内有一清晰的高回声与弱回声或无回声的水平分界线，线上方为均匀分布的细小密集的点状高回声油脂，线下方为无回声或弱回声的液体。此为卵巢囊性畸胎瘤的特征性图像之一。

8. 瀑布征或垂柳征：病灶由浅而深回声逐渐由高到低，表层呈高回声，深层回声逐渐衰减，而且反射活跃呈瀑布状或垂柳状，为毛发与油脂呈松散结合尚未构成团块而形成。此为卵巢囊性畸胎

瘤的特征性图像之一。

9. 杂乱结构征：囊性病灶内充满大量点状、斑点状和团状强回声或高回声，声衰减大或伴声影，病灶有完整的包膜回声，为牙齿、骨组织、毛发与油脂交织而形成。此为卵巢囊性畸胎瘤的特征性图像之一。

10. 线条征：囊性病灶无回声区内多条平行排列的线状高回声浮于其内，随体位移动，为毛发所致。此为卵巢囊性畸胎瘤的特征性图像之一。

11. “WES”征：又称“囊壁-结石-声影”三合征，表现为前方由胆囊前壁形成的弧形的带状高回声，下方由结石形成的强回声，后方为结石声衰减形成的声影。此为萎缩性胆囊炎合并结石(或胆囊内充满结石)的特征性图像。

12. 胡桃夹征：指腹主动脉与肠系膜上动脉之间的“V”字形间隙缩小，而使夹在其中的左肾静脉受压，前后径变小，上下径变宽；受压处左侧肾静脉内径增宽，右侧内径变细。

13. 蟹爪征：恶性肿瘤向周围组织蟹爪样浸润生长所形成的特征。

14. 馒头征：为冠状动脉狭窄时，血流频谱呈馒头状改变，即收缩期流速下降缓慢。

15. SAM 征：收缩期二尖瓣前叶向前运动，为梗阻性肥厚性心肌病特征性现象。

16. 连枷征：为二尖瓣腱索断裂的特征性图像。

17. 囊中囊征：为肝包虫病所致的肝大囊套小囊的图像。

18. 虫蚀征：肝脓肿周围组织有炎性反应，其内壁呈虫蚀样改变。

19. 浮雕征：肝血管瘤周边的环状高回声带，呈花瓣状围绕，与周围组织和肿瘤之间均无间断现象，称为“浮雕状”改变，有较高的特异性。

20. 边缘开裂征：指肝血管瘤边缘有小管道进入。

21. 葡萄串征或群集征：在较大转移性肝癌中，可出现多结节相互融合聚集在某一叶的高回声、不均质，形似葡萄，多见于肺、胃、卵巢癌转移。

22. 彗尾征：超声波通过与周围组织声阻抗差别很大的反射体（如置入的人工瓣膜、节育器）时，在反射体内部形成多次反射，表现为特征性的彗星尾征。

23. 梅花征或三明治征：肿块与扩张胆总管所形成的图像，为肝恶性淋巴瘤的症状。

24. 纺锤征：纵断面时，肝外胆管保持细长的“纺锤”状，即肝外胆管两端直径略小于中间的特征。

25. 同心环征：肠套叠时短轴切面为大、中、小三个环状结构形成的偏心性“同心环”，最外是外鞘如远端肠管，中间和内部是被套入的近端肠管。

26. 蚯蚓征或蛇头征：为浅静脉迂曲扩张的征象。

（七）超声伪像描述

超声伪像是指在超声成像过程中，由于组织介质的某些物理性状和超声波一些复杂的物理效应，造成超声图像发生畸变或者与真实的解剖结构之间存在差异。在超声成像中，伪像时刻伴随、普遍存在，与真像混淆在一起，甚至掩盖了介质的真像。因此，在图像分析过程中，要善于辨别真像与伪像，识别伪像的来源，以减少误诊和漏诊，提高诊断的准确性。概括起来主要有 27 种超声伪像。

1. 混响效应：超声束遇到大界面时，在产生反射回声图像的同时，部分声能量返回探头表面之后，又从探头表面再次反射进入人体，产生与第一次类似的二次回声图像，并叠加在第一次图像的下方。但由于其声强较第一次明显减弱，因此信号很微弱，不易被觉察。如果大界面下方为较大的液性区时，此微弱的二次图像可在液性区前壁的下方隐约显示。多见于膀胱、胆囊、囊肿的前壁，可被误认为壁增厚的异常组织。因界面与探头之间的多次反射而

产生。

2. 振铃效应:又名声尾。超声束遇到一层甚薄的液体层,其下方有极强的声反射界面时,在产生反射强回声的同时,又在液体层前后两个界面之间再次反射向下,如此来回往返多次,每次往返的声能逐渐降低,形成多层重复强度逐渐减弱的带状或点状强回声。多发生在肺部气体、胃肠道气体、胆管气体、胆囊壁内胆固醇结晶及宫内节育器(彗星尾或彗尾)。因组织内部两个界面之间的多次反射而产生。

3. 镜像效应:又名镜面折返虚像。超声束遇到深部的平滑界面时,反射回声如碰到离界面较近的靶标后按入射途径反射折返回探头,从而在显示靶标声像图的同时,在界面深部产生与此靶标距离相等、形态相似的声像图。常见于横膈附近,横膈的浅面为实像,横膈的深面为虚像。

4. 侧壁失落效应:又名侧壁回声失落。超声束遇到大界面,入射角(声束与界面的夹角)较大时,反射回声不能返回探头,从而产生回声失落。常见于囊肿的侧壁、肿瘤的侧包膜。

5. 后方增强效应:又名后壁回声增强。由于某区域组织的声衰减明显小于其两旁组织的声衰减时,其后方组织的回声强度明显大于同深度的周围组织的回声强度。常发生于囊肿、脓肿及其他含液性组织的后方。

6. 声影:超声遇到高吸收或高反射系数的组织或病灶,由于其声衰减甚大,使其后方声能量急剧下降而引起回声低弱或接近无回声的平直条状区。常发生于气体、骨骼、结石、瘢痕等。

7. 侧后折射声影:超声遇到有纤维包膜的圆形病灶时,当入射角(声束与包膜之间的夹角)大于临界角时产生全反射,此界面下方的组织(第二介质)失去照射,从而在圆形病灶的两侧侧后方显示为直线形或锐角三角形的清晰声影。常发生于胆囊底部及颈部的侧后方、圆形病灶的侧后方。

8. 旁瓣效应：又名第一旁瓣成像重叠效应。声源发射的声束，轴线上有一主瓣，主瓣的周围有数对对称分布的旁瓣，主瓣声轴与旁瓣声轴之间形成大小不同的角度，最靠近主瓣的旁瓣名为第一旁瓣(夹角 10°～15°)，其能量仅为主瓣的 15%～21%。主瓣成像时旁瓣亦同时成像，只是强度较弱，并重叠在主瓣图像上，形成各种微弱的虚像。常发生在子宫、胆囊、横膈等处，形成膀胱暗区薄纱状弧形带、胆囊暗区内斜形细点状弱回声。

9. 部分容积效应：又名切层厚度伪像。超声束在短轴方向上同时遇到小型液性病灶及病灶外实性组织，则病灶外组织回声重叠在液性病灶声像图上，使液性病灶内显示增多的回声。常发生于小囊肿，表现为囊肿内出现细弱回声。

10. 会聚与发散效应：会聚效应，又名蝌蚪尾征，超声束经过圆形低声速的囊肿时，由于折射使声束在囊肿内及后方发生会聚而逐渐变细，呈蝌蚪尾状，如肝囊肿。发散效应，超声束经过圆形高声速的肿块时，由于折射使声束在肿块内及后方发生发散而渐宽，呈“八字”形，如乳腺纤维腺瘤。

11. 棱镜效应：又称折射伪像，声束在两种声阻抗不同的介质面发生折射，使声束方向改变，导致二维图像与相应解剖结构空间位置的差异。

12. 声束失真：超声仪器测量是按人体软组织平均声速 1540m/s 设定的，对于声束较低的组织(如巨大脂肪瘤)会导致测值过大；而声速较高的组织(如胎儿股骨)会导致测值过小。

13. 混叠：脉冲多普勒超声测量血流(频移)受 PRF 限制，超过 Nyquist 极限，就会产生血流方向倒错，即混叠现象。

14. 角度依赖伪像：当声束与血流方向呈 90°时，有血流的部位无血流信号产生，测不出频谱。

15. 频谱增宽：取样容积过大或靠近血管壁，仪器增益过大均可人为使频谱增宽。

16. 对称性频谱伪像：指由于声束较宽或旁瓣效应，使频谱多

普勒基线上方出现正向血流频谱，下方出现对称性“倒影”。

17. 血管移动伪像：由于呼吸导致所测血管位置变化，使取样容积的位置也发生改变，因而显示的频谱方向、形态和频移大小也发生变化。

18. 衰减伪像：由于组织衰减，使较深部组织内血流信号较少或无显示，浅表血供多，产生彩色信号分布不均的伪像。

19. 彩色外溢：多普勒增益过高或 PRF 设置过低，使彩色血流信号从血管腔内外溢，因而较细的血管失真为粗大的彩色血流，或将 2 条并行的小血管误认为是一条粗血管。

20. 闪烁伪像：由心脏搏动、呼吸及大血管搏动导致相邻器官图像产生杂乱的大片状或宽带状闪烁彩色信号，与被测器官的活动关系密切，可误认为其内有血流。

21. 仪器设置不当伪像：增益过高或过低、滤波或速度量程设置不当导致的彩色血流显像出现伪像，如有血流的部位无血流显示、低流速不显示、彩色混叠等。

22. 开花伪像：指注射造影剂后，超声多普勒取样区域内血管周围出现杂乱无章的彩色信号，又称溢出伪像。

23. 频谱峰值升高伪像：静脉注射造影剂后，可使血流的频谱多普勒幅度显著增强和升高，这是造影剂导致散射强度明显增加所致。

24. 栏栅伪像：最常见于能量多普勒造影成像。超声成像过程中，在扫描线通过数学计算插入模式构成图像，在造影微泡增加信号强度，使得信号趋于饱和时，在信号插入区出现误判，表现为沿声束方向上的条形暗带。

25. 声衰减伪像：由于局部高浓度微泡对声波产生强烈反射，引起后方回声失落甚至声影伪像，表现为近场结构呈强回声反射，伴后方声衰减或声影。

26. 多切面扫查伪像：造影后，扫查切面相互交错所致，原因为先前纵切时，造影剂微泡已破裂，后来在横切扫查时，会出现造影

剂缺失现象。

27. 微泡破裂速度不均伪像：造影后，由于各种原因使微泡分布不均，产生局部缺失或病灶的伪像。

二、M型超声图像描述

M型超声图像，是将一条线上的回声信号随时间的变化，用灰度形式进行表示。目的在于了解心脏房室腔大小及室壁厚度随心动周期的变化，以及室壁运动和瓣膜启闭等情况。在胸骨旁左心长轴观、心底大血管短轴观引导M型取样显示不同区域的M型曲线，包括升主动脉壁运动曲线、主动脉瓣运动曲线、二尖瓣运动曲线、肺动脉瓣运动曲线，以及左、右心室运动曲线。首先要观察曲线的形态，继而对曲线参数进行测量，包括距离、振幅、时间和速度等参数。距离参数有右室流出道内径、升主动脉内径、右室前后径、左室前后径，右室前壁、室间隔和左室后壁的厚度。振幅参数有升主动脉壁运动幅度，右室前壁、室间隔和左室后壁的运动幅度，主动脉瓣开放幅度及二尖瓣开放幅度等。时间参数有心率、主动脉瓣开放时间、二尖瓣开放时间及肺动脉瓣开放时间等。速度参数有升主动脉前后壁的上升速率和下降速率，二尖瓣上升斜率和下降斜率等。然后对曲线形态和测量结果分别进行描述。

（一）正常M型曲线描述

1. 正常升主动脉壁曲线

(1)U点：心房收缩后，位于心电图R波之后，为主动脉最后位。

(2)V波：心室收缩主动脉前移达最前位，位于T波顶点之后。

(3)W点：心室舒张主动脉向后运动形成。

(4)V′波：重搏波。

2. 正常主动脉瓣曲线

(1)K点：主动脉瓣开放点，R波之后。

(2)G点：主动脉瓣关闭点，T波之后。

(3)K－G段：左室射血期。

3. 正常二尖瓣前叶曲线

(1)A 峰:左房收缩期二尖瓣前叶运动所形成,位于心电图 P 波之后 10ms,与左房压力曲线的 A 波同步。

(2)B 点:左室收缩开始的标志。多数情况下,左房收缩后左室迅速收缩,二尖瓣急速关闭,A 峰迅速直线降至 C 点,B 点可不明显。少数情况下,左房收缩后与左室收缩之间有较长的时间差,二尖瓣开始缓慢关闭,A 峰较慢地回到 B 点,B 点后二尖瓣急速关闭,再迅速降至 C 点。

(3)C 点:二尖瓣关闭点,位于心电图 R 波稍前。

(4)BC 段:心室等容收缩期。

(5)CD 段:左室射血期,后一小部分为左室等容舒张期。

(6)D 点:二尖瓣开放的标志,位于 T 波终末。

(7)DE 段:左室快速充盈期。

(8)E 峰:二尖瓣完全开放达最大开放位置。

(9)EF 段:二尖瓣前叶从最大开放点向后回复至半关闭状态。

(10)F 点:二尖瓣半关闭点。

(11)FG 段:左室缓慢充盈期。

(12)G 点:左房收缩开始的标志。

4. 正常二尖瓣后叶曲线:与前叶波群呈镜像关系,但运动幅度较前叶低。

5. 正常心室曲线

(1)收缩期:右室前壁和室间隔向后运动,左室后壁向前运动。

(2)舒张期:右室前壁和室间隔向前运动,左室后壁向后运动。

6. 正常三尖瓣隔瓣曲线:与二尖瓣前叶波群的形态和形成机制相似。

7. 正常肺动脉瓣曲线

(1)a 波:心房收缩右室压力增加,使后瓣向上后运动形成。

(2)b 点:肺动脉瓣开放点。

(3)bc 段:心室收缩肺动脉瓣快速开放。

(4)c 点:最大开放点。

(5)cd 段:心室收缩期,曲线缓慢前移。

(6)e 点:肺动脉瓣关闭点。

(7)be 段:右室收缩期。

(8)ee′段:舒张期大动脉摆动使后瓣稍向上移。

(9)f 点:心房收缩前肺瓣的位置。

(10)ef:心室舒张期,曲线缓慢后移。

(二)异常 M 型曲线描述

1. 主动脉根部曲线异常:主动脉壁运动振幅是否升高或降低,重搏波是否存在,是否减小。

2. 主动脉瓣曲线异常:主动脉瓣盒子状开放幅度是否减小,关闭线有无分离等。

3. 二尖瓣曲线异常:二尖瓣前后叶是否呈同向运动,运动振幅(DE)及下降斜率(EF)有无降低,CD 段有无吊床样改变,有无 SAM 现象等。

4. 心室曲线异常:室间隔及左室后壁运动是否同步协调,运动有无增强、减弱、消失以及矛盾运动等。

5. 肺动脉瓣曲线异常:有无 a 波消失,有无肺动脉瓣提前关闭使曲线呈“V”或“W”形改变。

(三)M 型测量结果描述

各房室腔大小是否正常,有无扩大或缩小。室间隔及左室后壁厚度是否正常,有无增厚或变薄;运动是否正常,有无增强、减弱、消失或矛盾运动。各组瓣膜运动幅度是否正常,有无降低。升主动脉壁运动振幅是否正常,有无降低。

三、D 型超声图像描述

D 型超声图像包括脉冲和连续多普勒频谱以及彩色多普勒血流显像。脉冲多普勒频谱是将某一点、连续多普勒频谱是将某一条线(将二者简单地理解为一维)的多普勒血流信号随心动周期的变化,用灰阶谱的形式来显示,谱的高低代表了血流的速度,频的

方向代表了血流的方向，频的宽窄代表了血流速度的分布，频的持续时间代表了血流持续的时间；频谱多普勒还可以以音频方式显示，音调的高低反映音频信号的频率，声音的响度反映频移振幅的大小，高速血流产生高调尖锐的声音，低速血流产生低调沉闷的声音，心血管腔中不同类型的血流产生不同特征的声音。彩色多普勒血流显像是将某一区域的多普勒血流信号随心动周期的变化，用彩色编码的形式来显示，朝向探头的层流用红色表示，背向探头的层流用蓝色表示，朝向探头或背向探头的湍流用镶嵌的五彩色表示，不同颜色持续的时间代表了相应血流持续的时间。因此，D型超声图像要从血流的性质、方向、速度、时间，以及血流的多少和空间分布等方面进行分析和描述。

（一）血流性质

正常人体心脏及血管腔的血流为层流，脉冲多普勒显示为窄带空心频谱，彩色多普勒显示为单一红色或蓝色信号。心腔或血管腔任何部位的狭窄，心脏各组瓣膜关闭不全，心内结构的缺损，动静脉漏等都可以产生高速的湍流。房室瓣狭窄除了在心室侧产生湍流外，如果严重的狭窄还可在心房内产生涡流。房室瓣关闭不全在产生心房内湍流的同时，往往伴随有少量的涡流。假性动脉瘤在瘤内产生湍流的同时多半有涡流存在。

（二）血流起源与方向

正常人四肢动脉仅在收缩中晚期有一短暂的逆向血流，整个心动周期都为前向血流。心腔均为前向血流，主动脉和肺动脉均为离心血流，腔静脉和肺静脉均为向心血流，头颈部动脉、内脏动脉均为离心血流。全身静脉均为向心血流。心脏瓣膜关闭不全则产生逆向血流即反流；心内结构缺损可产生分流；静脉瓣功能不全可产生反流；动脉瘤或动静脉瘘时，需要判断血流的起源。

（三）血流速度

正常人心腔及动静脉管腔血流速度多在 0.3～2.0m/s。心脏瓣膜口及动脉内血流流速高于静脉。心腔及动静脉管腔的狭窄，

瓣膜的反流，心室、大动脉及动静脉水平的分流均可产生高速血流。动脉狭窄的近心段、静脉狭窄的远心段血流速度则减慢。

（四）血流时间与时相

频的持续时间代表了血流持续的时间，以横坐标（X轴）来显示，采用秒为单位，反应了心脏活动和血液流动的时相。

（五）血流多少

血管内彩色多普勒信号的丰盈程度可间接的反应血液流量的多少。血管的流量采用公式 Q＝AV 计算，其中 Q 为流量，A 为血管横截面积，V 为流速，一般采用收缩期平均流速；心脏主动脉输出量大小，反应了心功能的强弱；各器官血流灌注量的大小，也反应了器官的功能强弱。

（六）血流空间分布

血流的空间分布在人体脏器肿瘤的良恶性鉴别诊断中有重要的作用。良性肿瘤的空间分布一般较均匀，稀少，走形自然，瘤体较大者可呈环绕状，而恶性肿瘤血流的空间分布一般较密集，分布欠均匀，走形扭曲，可见穿枝状血管进入瘤体。

（七）血流动力学

一般以峰值速度（PSV）、阻力指数（RI）来表达。某些疾病的血流动力学较正常时有较明显变化，如恶性肿瘤可能有高速低阻的血流，甲亢有高速高阻的血流；正常人的颈总、颈内、颈外动脉血流动力学频谱有特征性不同，可资鉴别。

四、脏器超声图像描述

腹部脏器（肝脏、胆囊及胆管、胰腺、脾脏、肾脏及输尿管、膀胱、子宫、卵巢）及浅表器官（眼球、涎腺、甲状腺、乳腺、睾丸、附睾、淋巴结等）的超声图像，要从脏器的位置、活动度、轮廓、大小、形态、表面、包膜或壁、内部结构、回声及血流等方面进行分析和描述。

（一）位置及活动度

正常脏器的位置虽然相对固定，但随着呼吸运动、吞咽运动、

体位移动等有一定的活动范围，即活动度。脏器位置位置异常一般称之为异位，如异位胆囊、异位肾。如果腹部脏器左右位置关系异常，称之为内脏反位。不同脏器的活动度不同，超过脏器本身正常的活动度，在不同的脏器有不同的称谓，如发生在肾脏称之为游走肾，如腹部内脏位置下移则称之为内脏下垂。低于脏器本身正常的活动度，称之为活动受限，多因脏器与周围组织粘连。

(二)轮廓

轮廓又称边界或境界。脏器轮廓是否清晰，正常脏器的轮廓清晰，各种原因引起的脏器与周围组织的粘连，均可引起脏器轮廓模糊或不清。

(三)大小及形态

根据测量结果，判断脏器在三维空间上的体积大小。体积大小是否正常，是否增大或缩小。根据切面形态，判断脏器在三维空间上的形态，形态是否正常或失常，如淤血性脾大表现为脾脏形态饱满，肝硬化表现肝脏下缘角变钝，实质性脏器包膜下占位性病变可表现为局部隆突等。

(四)表面、包膜或壁

有包膜的脏器要说明脏器的包膜是否光滑平整，有无增厚，连续性有无中断，有无向外隆突及向内凹陷，如肝、脾、肾、子宫、卵巢、前列腺、睾丸以及涎腺、甲状腺等。没有包膜的脏器要说明脏器的表面是否平整，如胰腺。空腔脏器要观察分析和描述壁是否规则光整，有无增厚，有无新生物及其位置，大小，形态，如胆囊壁、胃壁、肠壁、膀胱壁等。

(五)内部结构

任何脏器内部都有其自然的解剖结构，包括这些结构的空间关系，如肝脏内部除实质外，还由门静脉、肝静脉、肝动脉、胆管和韧带等结构构成。脏器内部结构是否正常，有无扭曲、变形等空间走向的失常，有无各结构比例的异常，如肝硬化可表现肝内血管走向不清，肝静脉变细、扭曲等；恶性肿瘤淋巴结转移表现皮质与髓

质结构破坏等。

(六)回声

脏器各解剖组织结构的回声是否正常。包括脏器的包膜回声、实质回声以及内部其他结构如肝内血管和胆管、肾脏盏盂等的回声。依次描述回声的强弱、大小、形状,回声的多少和回声的分布。

(七)血流

根据彩色多普勒显像结果,判断脏器内动、静脉血流信号是否正常,有无增多或减少,脏器内血管的空间走向是否正常,有无紊乱,如毒性甲状腺肿,甲状腺内部血流信号极其丰富;慢性肾衰终末期,肾内血流信号明显减少等。根据频谱多普勒检测结果,判断脏器的血流动力学是否正常,动、静脉血流有无加速或减速,如肝癌肝动脉血流加速;内脏动脉、颈动脉、椎动脉有无阻力指数的异常,如肾动脉狭窄流速加快,阻力指数增高;四肢动脉有无搏动指数的异常,如四肢动脉硬化血流搏动指数降低。

(八)与周围组织及毗邻器官关系

根据局部解剖关系判断病变与周邻脏器的连续性,有无压迫、粘连和浸润。如胰腺癌时对胃后壁的侵犯、对周围血管的挤压移位,或远处脏器转移灶以及淋巴结受累情况等。

五、病灶超声图像描述

病灶超声图像要从病灶的位置、周邻关系及活动度、轮廓、大小、形态、包膜及囊壁、物理性状及回声、血流等方面进行分析和描述。

(一)位置、周邻关系及活动度

首先要说明病灶是在脏器内还是脏器外,在脏器内要描述其具体的位置,如病灶位于肝脏右后叶上段;在脏器外要描述其与周围组织脏器的位置关系,如病灶位于肝右后叶的下后方、右肾上极的内前方;如无法判断是脏器内还是脏器外,要描述病灶与脏器的位置关系、分界线清晰与否以及分界不清的范围等,如胆囊隐窝实质性病灶与胆囊底体部以及肝右前叶局部分界不清。脏器包膜下

和脏器外的病灶,以及浅表组织器官的病灶,要观察和描述病灶的活动度,如左肾上极部突出于肾表面的肿块侵犯到肾周围,则表现肿块活动度小,乃至整个左肾活动受限。

(二)轮廓

轮廓又称边界或境界。病灶轮廓是否清晰,多数良性病变的轮廓清晰,而恶性病变的轮廓或者局部轮廓往往不清。

(三)大小及形态

选择适当的切面对病灶进行三维空间的测量,并记录和说明病灶的大小。根据多切面观察,综合分析判断病灶的形态。良性病灶的形态多趋向规则,如圆形、椭圆形等。恶性病灶的形态多趋向不规则,如地图形、蟹足形等,多为浸润性病变。

(四)包膜或壁

实质性或实液混合性病灶要观察和分析有无包膜,包膜是否完整,良性占位性病变多有包膜,恶性病变多无包膜或包膜不完整。囊液性病灶要观察和分析囊壁的厚薄,是否规则,壁薄规整的病灶多为良性病灶。

(五)物理性状及回声

病灶的物理性状是指病灶在实性、液性、气性等组织上的构成,取决于这些组织的构成比例,根据构成不同,病灶有不同的物理性状,主要包括实性、囊性、实液混合性、囊实性、实气混合性、实液气混合性等。实液混合性病灶与囊实性病灶虽然在物理构成上类似,但在确切的含义上还是有一定的差别,前者是指在实性病灶的基础上出现坏死液化或者实性病灶内具有分泌功能的细胞分泌一些液体,没有囊壁结构;后者是有囊壁结构,囊内有液性和实性两种组织结构。病灶的回声依次按照回声的强弱、回声的大小、形状、回声的多少和回声的分布分别进行描述。一般情况下,根据病灶回声的特点可以判断出其物理性状,也有极少数情况下难以甚至无法做出物理性状的判定。在超声所见中,一般只描述回声情况,不要求说明病灶的物理性状,物理性状可以在超声提示中进行

推断性描述。

（六）血流

根据彩色多普勒显像结果，判断病灶内血流信号的多少和分布，并据此将病灶内血流分为几种情况：呈星点状，表示血流信号稀少；呈线条状，表示血流信号较少；呈树枝状，表示血流信号较多；呈交织状，表示血流信号丰富。根据脉冲多普勒频谱的形态，判断病灶内动、静脉血流的比例和分布，根据流速和阻力指数判断有无动静脉瘘等。

六、介入性超声报告描述

介入性超声经典的概念是超声引导下的各种穿刺和引流等技术，包括超声引导下将穿刺针或导管置入病变内部，进行抽吸或攫取做物理性状、生化、细胞学或组织学检查，进行置管引流或注药治疗，以及进行微波、射频、超声消融治疗。现代意义或广义上的介入性超声还包括：经食管、经直肠、经阴道、血管内等各种腔内超声，外科或介入手术的术中监测等各种术中超声，以及超声造影、负荷超声等。介入性超声报告根据不同的目的分为介入性超声诊断报告、介入性超声治疗报告以及介入性超声诊疗报告，要根据不同的目的，选择不同的操作方法、途径、过程，得出不同的结果，分别对其进行描述。

（一）介入目的

超声介入的目的包括诊断、治疗，以及既诊断又治疗等三个方面。诊断涉及超声引导下穿刺抽吸、攫取与活检，治疗涉及超声引导下抽吸、注药与置管引流，以及各种消融治疗。

（二）介入步骤

超声介入的步骤包括操作的方法、途径、过程等。报告中要说明穿刺部位及穿刺针型号的选择、消毒铺巾、麻醉药品及方式、穿刺深度、抽吸液体的量及性状、注入硬化剂的品名及剂量、留观时间、术中及留观期间的不良反应和并发症，以及不良反应及并发症的处理等。各种消融治疗要详细说明消融的种类，如微波、射频或

聚焦超声，以及治疗剂量、治疗时间等。

（三）介入结果

是指超声介入的整个过程是否成功，包括穿刺、抽吸、攫取、注药、置管、消融等，如囊肿抽液是否完全，攫取组织块的大小是否适合病理组织学检查，置管位置是否恰当，引流是否通畅，有无严重的不良反应和并发症等。

第七节　检验申请单、报告单的基本内容与格式

一、检验申请单、报告单基本范畴与要求

检验医学是指对临床标本进行正确地收集和测定，提供准确和及时的报告，帮助临床将这些数据正确地应用于诊断、治疗和预防工作的一门学科。临床医师根据检验结果进行全面系统的综合分析，应用于临床诊断、病情监测、疗效观察和预后评估等。

1827 年 Brigat 用锡铅合金的汤勺盛尿在火上烧煮，检查肾脏病患者尿中的蛋白质，到 1903 年美国宾夕法尼亚州立医院成立了第一个专门的临床实验室，标志着医学检验正式进入临床并为临床接受；国内在 20 世纪20—40年代，开展一些临床化学实验以及外周血涂片的观察；在50—60年代已经有各种和医学检验相关的仪器出现；70 年代开始，各种自动化的仪器以及实验诊断试剂不断推出，实验室发展迅猛。经过一个多世纪的发展，检验医学发展较为迅速，已从过去的“医学检验”转变为“检验医学”，成为临床医学的重要组成成员（二级学科）；进入 80 年代以来，检验医学已经从辅助性的器官功能检测发展到今天成为以分子诊断为代表的新型诊断学科；在 20 世纪末到 21 世纪初，人类基因组计划的提出以及人类基因组序列图的完成，使得分子生物学检验方面的两大前沿技术即基因芯片以及蛋白组学技术成为热门，并开始应用于临床。2001 年 4 月，美国成立了国际人类蛋白质组研究组织，不久的将来可能成为临床上许多疾病检测和诊断的新模式。

检验医学相关的各级检验质量控制中心的建立，为质量控制

工作的常规性开展提供了技术指导;而各种实验室法规的建立,以及国际标准如 ISO15189、CAP 等的引入,为实验室的规范化和质量控制工作制度化提供保证。

不断应用生命科学的新技术是检验医学任务,检验申请单、报告单已成为准确、及时反映检验医学发展的标志,并为临床提供可靠的诊断依据。

(一)检验申请单、报告单基本范畴

检验申请单是临床医师根据患者一般性资料有目的选择检验项目的书面传送信息形式,检验报告单是实验室检查所得出的客观数据的记录报告形式。检验结果可分为两大类:定性和定量。定性检验是检测送检的标本中有没有“待检物”,一般来说,检测出待检物存在,报告为“阳性”,反之报告“阴性”;定量检验是分析检验标本中待检物含量的多少。不同地区不同方法测出的检验项目参考值略有差异,参考值或参考范围不等同于正常值,只是表示经统计学处理的参考值的范围。

检验报告包括常规检验报告和诊断性检验报告。常规检验报告主要指临床已开展的辅助性检验,包括三大常规报告、临床化学检验报告、临床免疫学检查报告、临床输血检查报告和床边检查报告等;诊断性检查报告包括临床微生物检查报告、遗传学检查报告、基因诊断检查报告、血液病检查报告等。

(二)检验申请单、报告单基本要求

检验申请、报告要求涵盖医疗机构和就诊患者的一般信息,以及检查过程中需要了解的相关信息,是必需录入的信息,包括医疗机构的名称、检验检查的名目、患者的一般信息、检验标本信息、检验报告项目名称、结果异常提示、结果单位和检测方法等,检验报告者及审核者的签名,标本采集时间、接收时间及结果报告时间等。

检验申请单除了上述录入的信息,还应根据检查的目的,录入一些其他相应的内容。比如急诊患者、危重患者的病情变化复杂



多端，随时随刻都有可能发生急剧的变化，为了让临床能够及时了解患者病情的动态变化，急诊检验报告还应注明详细的检查时间，甚至要准确到分钟。部分特殊检验报告要标明检查可出现的结果概率，如产前筛查、羊水培养等染色体检查；微生物培养前所用抗生素药物的名称、剂量、时间和使用方法等。某些特殊检查还要对检查的过程进行记录，如染色体检查中观察染色体的方位坐标、特征性骨髓细胞形态描述及图片的摄取等。

二、检验申请单、报告单基本格式与内容

随着科学技术发展，生物化学、免疫学、遗传学、生物学、以及电子计算机、仪器分析等学科和技术向医院实验室广泛渗透。无论在基础理论或者应用技术上医学检验都有了极其深刻和广泛的发展，检验报告作为一种医学文本，不仅要求将检验结果以专业化、标准化的表达方式通过简要的数据反映出来，同时还要求在报告设计上做到合理规范、美观实用。随着计算机技术的发展以及在医学领域的广泛应用，检验报告已从手工书写向电子化文本过渡，实验室信息系统(LIS)的信息管理也逐步摆脱了人工管理的模式，走向了网络化信息管理时代。尽管电子文本式的检验报告具有及时、方便、便于管理等优点，但由于国内目前还没有一个统一和公认的具有权威性的报告规范，研发部门在 LIS 研发过程中，缺乏专业的指导性的标准，他们多数是根据不同医院的临床需求来实现，因此，检验报告无论从形式上还是从内容上，都存在较大的差异。此外，国内还有相当比例的医院，检验报告仍然采用传统的手工书写方式，已经不能适应当今医学快速发展的新形势。但无论电子文本还是手写文本检验报告，在报告设计时都要遵循“内容完整、报告规范、美观实用”这样一个基本原则，基本内容要涵盖医院名称、报告名目、患者一般信息、检验项目和结果、代表性的检验图片、标本相关信息提示、检验者与审核者、检验时间等信息。

(一)检验申请单、报告单基本格式与要求

检验报告在设计时力求做到严谨化、规范化、人性化。检验项

目繁多，临床应用时有很多不同的目的和方法，项目组合上难以千篇一律，肯定有异同之处，但在申请单、报告单形式上要尽量保持一致，可以在设计上有基本的统一格式。检验报告的基本格式一般应包含以下内容。

1. 医疗机构名称：是指具有医疗执业资格和独立法人资格的医疗机构的全称，不能用简称，也不能用旧称，更不能随意加字减字，要同执业执照上的名称一致。医院名称一般位于检验报告的首行。

2. 检验报告类别或专业实验室名称：是指检测项目所属的检验亚专业或专业实验室的规范化名称，由检测项目的类型、检测的方式、检测的目的等要素构成；报告类别不要用简写，更不能使用非规范化的字词和术语。如正确使用“临床化学检验”类别，不能用“肝功能”或“肾功能”取代。检验报告类别一般位于检验报告的第2行，即医疗机构名称的下一行。下面罗列国内常用的检验亚专业名目，供参考。

(1)临床基础检验

(2)临床免疫学检验

(3)临床化学检验

(4)临床微生物检验

(5)临床遗传学检验

(6)基因诊断

(7)骨髓细胞学检验

(8)临床输血检验

(9)急诊检验等

3. 患者一般信息：是指患者的简单信息以及与患者密切相关的临床简单信息，包括患者姓名、性别、年龄、就诊科室、住院号、病区、床号、检验号、临床诊断等。患者姓名要与身份证上保持一致，不可冒名顶替和使用他人姓名。性别指患者的社会性别。年龄要用实足年龄，婴幼儿要用实足月龄，3个月以下的婴儿要用天数。严禁在年龄项使用“成”“儿”等模糊年龄。一般信息栏位于检验

报告的第3行，相当于报告题目栏的下方。

4. 检验项目：是指实验室检测的具体项目，由申请检测的标本、检测的方法、检测的结果分析等要素构成。检验项目的组合应遵循提高对疾病诊断的灵敏度和特异性为根本原则，以常见疾病种类为指导，合理选配检验项目。检验项目名称尽可能使用规范化的专业术语，也可以用行业内公认的简写。如使用规范的“肝脏功能检查”“肾脏功能检查”，也可以用公认的“肝功能”“肾功能”等简写。检验项目可以放在患者一般信息栏的下方。

急诊项目应在医院医务部门组织下，充分征求临床各科室的急诊需求，结合实验室条件进行选择和整合。

下面罗列国内常用的检验项目及部分组合，供参考。

(1)临床基础检验项目

①血常规：包括白细胞检测、红细胞检测、血小板检测、白细胞分类检测、红细胞参数、网织红细胞检测等。

②血型鉴定：包括ABO血型检查、Rh血型等。

③寄生虫鉴定：包括微丝蚴检测、疟原虫检测等。

④血液流变学检查：包括全血粘度、血浆粘度等。

⑤红细胞沉降率。

⑥血凝常规检测：包括凝血酶原时间、活化部分凝血酶原时间、凝血酶时间、纤维蛋白原等。

⑦纤维蛋白降解相关试验：包括D-D二聚体检查、纤维蛋白(原)降解产物检查、抗凝血酶Ⅲ检查等。

⑧凝血因子：包括假性血管性血友病因子检查、凝血Ⅷ因子检查等。

⑨体液常规检查：包括尿常规检查(尿化学检查和尿沉渣检查)、粪便常规检查等。

⑩穿刺液检查：包括胸腹水常规检查、脑脊液常规检查。

其他：尿乳糜定性试验、本周氏蛋白、白带常规检查、前列腺液常规检查、革兰阴性双球菌检测、尿妊娠试验、轮状病毒检查等。

(2)临床化学检验项目

①肝功能：包括总蛋白、白蛋白、球蛋白、前白蛋白、总胆红素、直接胆红素、总胆汁酸、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、AST 线粒体同工酶、γ-谷氨酰转肽酶、碱性磷酸酶、视黄醇结合蛋白、胆碱酯酶、腺苷脱氨酶等。

②肾功能：包括尿素、肌酐、尿酸、胱抑素-C 等。

③血脂分析：包括总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、载脂蛋白 A、载脂蛋白 B、脂蛋白(a)等。

④心肌损伤检查：包括肌酸激酶、肌酸激酶同工酶、乳酸脱氢酶、α-羟丁酸脱氢酶、肌钙蛋白 I、肌红蛋白等。

⑤电解质检查：包括钾、钠、氯、钙、磷、镁、二氧化碳结合力等。

⑥特定蛋白：包括抗"O"、类风湿因子、C 反应蛋白、降钙素原、补体 C_3、补体 C_4、免疫球蛋白 IgA、免疫球蛋白 IgG、免疫球蛋白 IgM、免疫球蛋白 IgE、铁蛋白、转铁蛋白、β_2 微球蛋白、κ 轻链、λ 轻链等。

⑦胰腺功能检查：包括淀粉酶、脂肪酶。

⑧葡萄糖测定：包括葡萄糖测定、餐后 2 小时血糖测定、葡萄糖耐量测定等。

⑨金属元素检测：包括铜测定、锌测定、钙测定、镁测定、铁测定、铅测定等。

⑩其他：α-L-岩藻糖苷酶、同型半胱氨酸、酸性磷酸酶、单胺氧化酶、总铁结合力、唾液酸、脑脊液蛋白、尿微量白蛋白、尿肌酐、尿白蛋白排泄率、血清铁测定、血清蛋白电泳、免疫球蛋白单克隆轻链分带电泳等。

(3)临床免疫检验项目

①输血前常规检查：包括乙型肝炎表面抗原检查、乙型肝炎表面抗体检测、乙型肝炎 e 抗原检测、乙型肝炎 e 抗体检测、乙型肝炎核心抗体检测、乙型肝炎前 S1 抗原检查、梅毒密螺旋体抗体、人类免疫缺陷病毒抗体、丙型肝炎抗体检测等。

②TORCH 检查:包括弓形虫抗体 IgG 检测、弓形虫抗体 IgM 检测、风疹病毒抗体 IgM、巨细胞病毒抗体 IgM、单纯疱疹病毒Ⅰ IgM、单纯疱疹病毒Ⅱ IgM 等。

③肿瘤标记物检测:包括糖类抗原 15-3、糖类抗原 125、糖类抗原19-9、糖类抗原 242、铁蛋白、神经元特异性烯醇化酶、绒毛膜促性腺激素、前列腺特异性抗原、游离前列腺特异性抗原、甲胎蛋白、癌胚抗原、生长激素、CD146 基因表达等。

④呼吸道感染病原体 IgM 检查:包括嗜肺军团菌血清 1 型、肺炎支原体、Q 热立克次体、肺炎衣原体、腺病毒、呼吸道合胞病毒、甲型流感病毒、乙型流感病毒、副流感病毒 1、2、3 型。

⑤自身抗体检测。

⑥肺炎支原体抗体检测。

⑦结核抗体检测。

⑧肥达氏试验、嗜异性凝集试验等。

(4)临床微生物检验项目

①各种临床标本检测:血培养+药敏、骨髓培养+药敏、尿标本培养+药敏等。

②微生物代谢产物检测:内毒素检查、1-3-β-D 葡聚糖检查、曲霉菌抗原检测(GM 实验)等。

③涂片染色镜检:涂片找抗酸杆菌、涂片找真菌、革兰染色等。

④各种病原微生物培养鉴定:淋球菌培养、衣原体培养、支原体培养、L 型细菌培养、细菌培养、真菌培养、厌氧菌培养等。

(5)基因诊断项目

①PCR 病毒检测:包括 EB 病毒核酸扩增荧光定量检测、乙肝病毒 YMDD 基因突变检测、人巨细胞病毒定量检测、乙型肝炎病毒 DNA 检测、丙型肝炎病毒 RNA 检测、结核杆菌 DNA 检测等。

②人乳头瘤病毒 DNA 基因分型:包括高危型 HPV 病毒亚型 16、高危型 HPV 病毒亚型 18、高危型 HPV 病毒亚型 31、高危型 HPV 病毒亚型 33、高危型 HPV 病毒亚型 35、高危型 HPV 病毒亚

型39、高危型HPV病毒亚型45、高危型HPV病毒亚型51、高危型HPV病毒亚型52、高危型HPV病毒亚型56、高危型HPV病毒亚型58、高危型HPV病毒亚型59、高危型HPV病毒亚型68、低危型HPV病毒亚型6、低危型HPV病毒亚型11、低危型HPV病毒亚型42、低危型HPV病毒亚型43、低危型HPV病毒亚型44、国人常见亚型53、国人常见亚型66、中国人常见亚型CP8304等。

(6)临床遗传学检验项目

①染色体核型分析:包括血液染色体核型分析、羊水细胞培养染色体核型分析、绒毛染色体核型分析、脐血染色体核型分析等。

②产前筛查:包括AFP、Free β hCG,uE3等。

(7)急诊检验项目

①肾功能检查:包括肌酐、尿素氮等。

②肌红蛋白、肌钙蛋白、CKMB检测。

③血气检测。

④血糖检查。

⑤尿胰蛋白酶原-2检测。

⑥电解质检查。

⑦血常规检查。

⑧尿常规检查。

⑨粪便常规检查。

⑩胸腹水常规、生化检查。

⑪脑脊液常规检查。

⑫降钙素原、C反应蛋白检测。

⑬脑脊液生化检查。

⑭人轮状病毒检查。

⑮血凝常规检查。

⑯红细胞沉降率检查。

⑰血型检查。

⑱疟原虫检测。

(8)床旁检验(POCT)项目

①床边血糖测定。

②床边血气分析测定。

③床边血细胞分析等检查项目。

5. 特征图像:是指在部分检验项目的操作过程中,所获取的对诊断最有帮助的或者能充分表明诊断意义检验图像。尽管部分形态学检验项目图像获取的信息量是检查的主要部分,但从临床实际情况来看,大部分图片是正常信息,这部分信息无须保存,需要提取和分析的是对疾病诊断有价值的重要形态图片,贮存和报告这部分信息便于嗣后分析以及病情变化或疗效评价的随访观察。另外,在检验操作过程中所获得的信息除了用图像保存下来,更多的信息还是通过结果数据的形式记录下来。因此,部分检验报告中(如骨髓检测报告)用一个合适大小和位置的空间,放置有价值的形态图像,以支持诊断,实现图文并茂即可。在检验报告设计时,要从美学和实用2个方面综合考虑,检验图像的数量控制在2～4幅,图像的位置选在检验报告的中下部分,占用的空间为报告纸面的1/4～1/2。对于一些特殊病例或者某些特殊检查,如染色体检查,根据产前诊断规范的要求,至少要获取30个标准细胞的染色体核型进行计数,分析和发现3个以上细胞的核型具有特征性意义的染色体条带,才能报告。因此染色体诊断报告需报告分析细胞数。

6. 检验结果描述:是指部分检验项目需将操作过程中所获得的有关形态学信息进行分析和总结后,通过规范化的专业语言加以概括性描述,以支持检测所得出的最后结论,或者直接以形态学特征进行描述。描述一般以系统为单元,对诊断有意义的形态学特征进行描述。如骨髓细胞检查,首先报告取材、涂片、染色情况、有无骨髓小粒等,然后分别描述骨髓增生情况,再介绍巨核细胞总数,最后报告观察有无异常细胞情况,如有描述异常细胞形态特

征。形态描述是对检验图像的解释和说明，因此在设计时一般放在特征图像的上方，亦即检验报告的中下部分，占用的空间为报告纸面的1/3～1/2。对于一些特殊病例或者某些特殊检查(如大量输血时，可能需多份交叉反应)，实验结果和图像较多，可分开用2页纸或自动由A5扩充到A4纸分别记录。

7. 检验结论：是指部分诊断性检验需对检验信息进行分析后概括性总结，其依据是检测结果综合分析。如羊水、绒毛、脐带血等细胞培养染色体分析，既要简单扼要，一目了然，又要符合临床诊断规范的要求，不能报告胎儿性别(除非因诊断必须)。下诊断结论时，要尽可能遵循疾病临床诊断的规范，表明可能出现的假性结果概率，以及对疾病诊断影响。当然在很多情况下，单纯根据检验结果是很难或者是不能做出临床诊断的。因此，在写检验报告时，不能仅凭检验结果，必须要结合临床，有些只作为疾病可能性提示。生命现象非常复杂，机体对疾病反应在不同人群或同一人不同时段，可出现不同结果。同样，在检验医学中也存在同病不同结果和同结果异病的现象，任何肯定的背后都有可能隐藏着否定，因此，检验结果或结论要实事求是，切忌武断，更不要异想天开。检验结论一般放置在检验报告的右下角区域。

8. 检验者与审核者：检验者是指从事操作而获取检验结果并对其做出分析、总结、判断的检验技术人员，是检验过程的主体。检验人员要承担相关的医疗责任和法律责任，因此，检验人员必须具备检验医学专业的执业资格。根据卫生部检验人员资格认定有关规定要求，检验诊断人员必须具备相应的学历和资格，部分检验项目需相应资质，如操作大型生化分析仪、从事基因诊断、从事产前诊断等，均需相应的资格证书。

报告单审核者为通过科室组织的考核后，由科主任任命，并在医院医务部门备案，一般为专业组组长或高年资专业技术人员。

检验报告最后必须经由审核者审核后发放；急诊检验因工作性质所定，检测质量由检验者自己审核直接报告。

检验者与审核者一般放置在报告的结果下部区域。

9. 标本采集时间、接收时间与报告时间:标本采集时间是指在得到医师的医嘱后,留取或抽取标本的即时时间。标本接收时间是指标本送到实验室并被接收的即时时间。报告时间是指检查完成,并经审核后的即时时间或急诊检验时由操作者发出报告的具体时间。常规的检验时间均以年、月、日、时、分为单位来表示。按相关规定,大部分检验在较短时间报告,少数复杂或较少病例标本需要等待一定的时间报告结果。临床微生物培养标本按规定允许2～4 天出报告。临床遗传学因进行相关细胞培养,需 14～21 天出报告。在这些情况下可以在检验报告上将检查时间和报告时间分别予以注明。急诊患者由于病情变化无常,有些患者变化急剧,因此,为了更准确反映患者当时的检验时间,同时便于对病情变化的动态观察,急诊检验报告要求注明标本采集时间、标本接收和报告的时间,以分钟为单位。检查时间与报告时间一般放置在检验结果的下部。

(二)检验申请单要求与内容

检验申请单是临床医师根据患者情况,有目的选择检验项目,进行检验的信息载体,在无实验室信息化系统时,还作为检验结果填写报告单;在有医院信息系统和实验室信息系统时,只作为传递患者信息和检验项目信息载体或网络完善时进行网络无纸化申请。因此,检验申请单在格式上同检验报告单一致,各项均要求符合检验报告的基本格式和要求。

1. 申请单由经治医师按规定逐项填写,眉栏项目不得遗漏,字迹清楚,术语规范,严禁涂改,内容包括患者姓名、性别、年龄、床号、住院号、临床诊断;送检标本类型、检验目的,医师签全名或盖印章,如为实习、进修人员开单,则必须由经治医师签全名或盖印章。

2. 相关检查申请单应书写临床诊断,某些检验还要求填写重要体征及治疗史和过去相关检查结果等,以便分析结果时参考。

3. 紧急检查应在申请单右上角标明“急诊”字样或盖相应的印章，同时应注明标本采集时间、送到时间和送样人。

4. 申请项目，可用“√”在项目的序号上表示或书写注明实验名称；若院内有计算机网络系统联网时，申请单所用的名称应与网络中所用的名称一致，以便收费与统计。

5. 送检标本上所贴标签或条形码资料应与申请单上资料一致。

（三）检验报告单内容及要求

1. 检验报告单是指患者门诊、住院期间所做各项检验结果的记录。

2. 医疗机构临床实验室专业技术人员应具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。检验报告单应按照规定由相应资质检验技术人员签发。

3. 检验报告应具备信息

（1）实验室信息：实验室所在医院名称及相关检验类别。

（2）患者姓名、性别、年龄、门诊号、所在科室（病区和床号）、病历号（住院或门诊号）、临床诊断。

（3）标本信息：送检样本类型、标本状态、条码号、样本号、标本采集时间、标本接收时间等。

（4）申请者信息：申请项目、申请医师、申请日期。

（5）检验信息：检验项目名称（使用中文或者国际通用的、规范的缩写）、检验结果（定量实验应报告数值；定性实验应报告阴、阳性，不得以＋、－表示）、单位（使用标准化通用国际单位）、异常结果提示（位于测定结果后，正常结果无表示，增高或降低结果应以↑、↓表示）、参考范围、报告时间、检查号、操作者及审核者签名（可电子签名、手签或盖章，不可使用计算机自带的字体打印签名），其他需要在报告单注明的内容，如“如果对结果存在疑问，请及时与相关实验室联系”。

4. 检验报告单规格：普通报告单使用A5格式，宽度：21cm、长

度：14.8cm，左侧空白处宽度不小于1cm。大报告单使用A4格式，宽度：21cm、长度29.7cm，上边距不小于2cm，左右下边距不小于1.5cm。

__________医院检验报告单

（仪器型号）

姓名：	送检科室：	送检病区：	样本号：
性别：	床　　号：	样本类型：	条码号：
年龄：	住院号（或门诊号）：		临床诊断：

代号	检验项目	结果	参考范围	单位	代号	检验项目	结果	参考范围	单位

※标本状态：

采集时间：	标本接受时间：	报告时间：
送检医生：	检验者：	审核者：
实验室：		

（如对结果存在疑问，请及时与相关实验室联系）

____________医院检验报告单

（仪器型号）

姓名：	送检科室：	送检病区：	样本号：
性别：	床　　号：	样本类型：	条码号：
年龄：	住院号（或门诊号）：		临床诊断：

代号	检验项目	结果	参考范围	单位	代号	检验项目	结果	参考范围	单位

红细胞直方图　　　　白细胞直方图　　　　血小板直方图

※标本状态：

采集时间：	接受时间：	报告时间：
送检医生：	检验者：	审核者：
实验室：		

（如对结果存在疑问，请及时与相关实验室联系）

____________医院检验报告单

（仪器型号）

姓名：	送检科室：	送检病区：	样本号：
性别：	床　　号：	样本类型：	条码号：
年龄：	住院号（或门诊号）：		临床诊断：

代号	检　验　项　目	结　　果	参考范围	单　位

※标本状态：

采集时间：	标本接受时间：	报告时间：
送检医生：	检验者：	审核者：
实验室：		

（如对结果存在疑问，请及时与相关实验室联系）

________医院检验报告单

（仪器型号）

姓名：　　送检科室：　　送检病区：　　样本号：
性别：　　床　　号：　　样本类型：　　条码号：
年龄：　　住院号(或门诊号)：　　临床诊断：

细菌培养结果：

药敏(仪器法)结果：

抗生素名称	K－B(mm)	结果	抗生素名称	K－B(mm)	结果

※标本状态：　　R:耐药　S:敏感　Ⅰ:中介

采集时间：　　标本接受时间：　　报告时间：
送检医生：　　检验者：　　审核者：
实验室：

（如对结果存在疑问，请及时与相关实验室联系）

____________医院配发血记录单

姓名： 送检科室： 送检病区： 样本号：
性别： 床　　号： 样本类型： 条码号：
年龄： 住 院 号： 申请类型： 发血单号：

（申请 ABO 血型） [Rh(D)：] （初复检 ABO 血型） 正定 反定 （确认 ABO 血型：） [Rh(D)血型：]

意外抗体筛选：

献血码/成分码	血液类型	ABO 血型	Rh(D)	血量	配血方法	配血结果

备注： 配血日期：　年　月　日　时　分

配血者： 复核者： 发血者：
取血者签名： 发血日期：　年　月　日　时　分

________医院临床输血申请单

受血者姓名：　　送检科室：　　送检病区：　　样本号：
性　　别：　　床　　号：　　样本类型：　　条码号：
年　　龄：　　住 院 号：　　临床诊断：
受血者 ABO 血型：　　Rh 血型：　　受血者属地：(　本市/外埠　)
输血目的：　　继往输血史(有/无)孕______产______
输血性质：常规　紧急　大量　特殊　　预定输血日期：　年　月　日
预定输血成分：　　预定输血量：
受血者临床资料：

血红蛋白________g/L　HCT________%　血小板________10^9/L
ALT________U/L　HBsAg________　Anti-HCV________　Anti-HIV1/2______
梅毒________
申请医师：　　主治医师：　　申请日期：　年　月　日
输血科复查：ABO 血型(　)　Rh 血型(　)　意外抗体筛查(　)
其他检查：

检验者：　　日期：　年　月　日

____________医院检验报告单

姓名：　　　送检科室：　　　送检病区：　　　样本号：
性别：　　　床　　号：　　　样本类型：　　　条码号：
年龄：　　　住院号(或门诊号)：　　　取材部位：　　　临床诊断：

细胞名称			血片	髓片		镜检所见
			%	平均值(标准差)	%	
粒系	原始					
粒系	早幼					
粒系	中性	中幼				
粒系	中性	晚幼				
粒系	中性	杆状				
粒系	中性	分叶				
粒系	嗜酸性	中幼				
粒系	嗜酸性	晚幼				
粒系	嗜酸性	杆状				
粒系	嗜酸性	分叶				
粒系	嗜碱性	中幼				
粒系	嗜碱性	晚幼				
粒系	嗜碱性	杆状				
粒系	嗜碱性	分叶				
红系	原始					
红系	早幼					
红系	中幼					
红系	晚幼					
红系	早巨					
红系	中巨					
红系	晚巨					
	粒系:红系					
单核系	原始					
单核系	幼稚					
单核系	成熟					诊断意见
淋巴系	原始					
淋巴系	幼稚					
淋巴系	成熟					
浆系	原始					
浆系	幼稚					
浆系	成熟					
巨核系	原始					
巨核系	幼稚					
巨核系	颗粒巨					
巨核系	产板巨					
巨核系	小核巨					骨髓图片
其他	组酸					
其他	组碱					
其他	吞噬					
其他	组织					
其他	内皮					
其他	成纤					
其他	脂肪					
其他	网状					
其他	不明					
其他	其他异常					
分裂细胞						
退化细胞						
血片共数白细胞数			个			
骨髓共数有核细胞数			个			

※标本状态

采集时间：　　　标本接受时间：　　　报告时间：
送检医生：　　　检验者：　　　审核者：
实验室：

(如对结果存在疑问，请及时与相关实验室联系)

____________医院检验报告单

产前筛查申请表

围产保健卡编号_____ 采血医院______________

标本存放位置______________________________

标本编号__________ 标本存放时期______________________________

身份证号□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 准生证号__________

姓名_____ 年龄___岁 孕妇出生日期_________年 现在体重____ kg 通信地址________

联系电话__________ 邮编_______ 月经 □规则 □不规则 月经周期___天

末次月经_____年___月___日 末次月经推算孕_____周

B超日期_____年___月___日 双顶径____ cm

□单胎妊娠 □双胎妊娠 □其他 吸烟 □是 □否

胰岛素依赖性糖尿病 □是 □否

异常妊娠史 □精神管缺陷 □自然流产史 □其他_______

检查项目 □hAFP □Free β hCG □uE3 □PAPP－A

知情同意书

经医生宣教，我们已经了解产前筛查的目的和意义，即根据孕周选择测定母血中 PAPP－A、Free β hCG、AFP 和 uE3 指标，结合孕妇的年龄、体重、孕周等进行综合风险评估，得出胎儿罹患21－三体综合征、18－三体综合征和神经管缺陷的风险度，并不是确诊，是一种无创伤的检查。但鉴于当今医学技术水平的限制和患者个体差异或有些已知和无法预知的原因，即使在医务人员已认真履行了工作职责和严格执行操作规程的情况下，该项检查仍有局限性，即筛查目标疾病的预期检出率为神经管缺陷：85%～90%；21－三体综合征：60%～70%；18－三体综合征：60%～70%。低风险或阴性的报告，只表明胎儿发生该种先天异常的机会很低，并不能完全排除这种异常或其他异常的可能性。筛查结果如4高风险，则需要进一步检查以明确诊断。

孕妇方已充分了解该检查的性质、合理的预期目的、风险性和必要性。对其中的疑问已得到经治医生的解答。经本人及家属慎重考虑同意产前筛查，并承诺如实提供产前筛查所需资料，也愿将本次妊娠的最终结局及时与医方沟通。为确认上述内容为双方意思的真实表达，医方已履行了告知义务，孕妇方已享有充分知情和选择的权利，签字生效。

孕妇签字_______ 年 月 日 医生签字_______ 年 月 日

采样日期_____年___月___日 采集者_______

结果：

PAPPA _______ MOM 值_______ 21－三体综合征风险率_______

hAFP __________ klu/L MOM 值__________ 18－三体综合征风险率__________

Free β hcG __________ ng/ml MOM 值__________ 神经管缺陷风险率__________

uE3 __________ nmol/L MOM 值__________

实验室：

检验者： 校对者： 检验日期：

＿＿＿＿＿＿医院检验报告单

（产前筛查）

姓　　名	实验编号	住院编号
出生日期	种　　族	联系电话
地　　址	末次月经	既往病史
胎　　数	送检医师	计算方法

预产年龄：　　　　母亲体重：　　　　孕　　周：

项目名称	检验结果	MOM 值/风险	参考范围
hAFP			(0.5～2.5MOM)
Fβ－hCG			(≤2.11MOM)
唐氏综合征风险率			(　＜1/250)
神经管缺陷风险			(　＜2.5MOM)
母龄风险			(　＜35 岁)

临床建议：

抽血日期：　　　　报告日期：　　　　检测师：　　　　审核人：

备注：此结果不作为临床确诊证明。请再次核对个人信息，如有疑问请及时联系。

低风险（21－三体综合征＜1/250、NTD 筛查低风险）的报告，只表明胎儿发生该种先天异常的机会低，并不能完全排除这种异常的可能性。

高风险（21－三体综合征≥1/250、NTD 筛查高风险）的报告，只表明胎儿发生该种先天异常的机会大，并不是确诊，我们建议你到我院遗传门诊就诊，作羊水细胞遗传学检查或其他检查，以确定诊断。

____________医院

染色体检查知情同意书

姓名________ 性别____ 出生年月________ 职业________ 民族____ 婚姻_____

地址及联系电话____ 邮编______________

家族史__________ 临床诊断__________ 确诊医院__________ 确诊时间_________

样本类型 □外周血 □羊水 □绒毛 □脐带血

外周血染色体检查适用于染色体数目或结构异常，染色体异常复杂多样，受现有医学水平的限制，有时难以分辨染色体的某些微小异常，也不能检出基因的改变。诊断不能达到百分之百准确。有时存在但不局限于下述情况：

样本不新鲜、其他细胞污染、微生物污染、个体差异、用药期间等。

上述原因影响细胞生长，甚至导致培养失败或影响结果的准确性。

医务人员将严格按照医疗技术规范进行操作，尽最大努力减少上述现象的发生。如出现上述情况可免费重做一次，或退款。

以上各项我已仔细阅读过了，并咨询医生意见后完全理解其上述情况，现同意接受该项染色体检查。

谈话医生____________ 申请检查人签字____________ 时间______年____月____日

________医院检验报告单

染色体分析

姓名	送检科室	标本种类	条形码
性别	床号	送检医生	送检时间
年龄	住院号	临床诊断	备注

核型分组图：

核型镜下图：	结果： Karyotype： 建议遗传咨询： 报告日期： 检验者： 审核者：

实验室：

（此报告仅对送检标本负责，结果仅供医生参考）

第八节 病理会诊单、诊断报告单的基本要求与格式

一、病理检查会诊单基本要求与格式

病理诊断应用于临床有很多不同的目的和方法，病理检查会诊单在设计时力求统一和规范，在形式上要尽量保持一致，可以在设计上有一个基本的统一格式。病理检查会诊单的基本格式一般应包含以下内容。

（一）医疗机构名称

医疗机构名称是指具有医疗执业资格和独立法人资格的医疗机构的全称，不能用简称、旧称，更不能随意加字减字，要与执业执照上的名称完全一致。医院名称一般位于病理检查会诊单首行。

（二）病理检查会诊单名目

病理检查会诊单名目是指病理检查的规范化名称，由病理标本的类型、方式、目的等构成，不要用简写，更不能使用非规范化的字词和术语。如正确使用“常规活体组织病理检查会诊单”题目，不能用常规病理会诊单或病理检查会诊单。病理检查会诊单名目一般位于医疗机构名称的第 2 行，即医疗机构名称的下一行。下面罗列国内常用的病理诊断报告名目，供参考。

1. 常规活体组织病理检查会诊单
2. 细胞病理学检查会诊单
3. 液基细胞妇科宫颈细胞学检查会诊单
4. 非妇科液基细胞学检查会诊单
5. 疑难病理会诊检查会诊单
6. 手术中冷冻切片病理检查会诊单

（三）患者一般信息

患者一般信息是指患者的简单信息以及与患者密切相关的临床简单信息，包括患者姓名、性别、年龄、科室、门诊号、住院号、病区、床号、联系方式、籍贯等。患者姓名应与身份证上保持一致，不

要有意识冒名顶替和使用他人姓名。性别指患者的社会性别。年龄要用实足年龄，婴幼儿要用实足月龄，3 个月以下的婴儿要用天龄。严禁在年龄项使用“成”“儿”等模糊年龄。一般信息栏位于病理诊断报告名目的下方。

（四）病理检查会诊申请单填写基本要求

1. 病理检查会诊申请单由经治医师按规定逐项填写，医师必须签全名或盖印章。

2. 病理会诊申请单应简明书写病史摘要、手术所见、临床诊断、送检标本名称及采取部位、病理检查目的、固定液名称、标本离体时间、固定时间、送检日期。如拟在手术中做冷冻切片，应提前预约；如曾做过病理学检查，应注明原检查单号、原病理号及诊断。

附：手工填写—病理检查会诊单格式

__________医院

临床病理科活体组织病理检查会诊单

姓名	性别	年龄	婚否	联系方式	送检医院

籍贯：　　省　　县/市　　职业：　　住院号：　　科别：　　床号：
送检日期：　　年　　月　　日

病史摘要及临床检查所见(包括主要化验结果,特殊治疗)：

如系肿瘤,请填写：
部位：　　大小：
形状：
活动度：　　生长速度：
有无转移或可疑的转移：

标本离体时间：　　时　　分
标本固定时间：　　时　　分

如系妇科标本,请填写：
末次月经日期：　　经量：
周期及持续时间：
有否治疗(内分泌等)：
治疗日期：　　剂量：
刮宫日期：　　尿妊娠反应
末次生产或流产：　　其他

手术名称及手术所见：

临床诊断：

送检标本名称	采取部位	病理检查的目的	曾在何处做过病理检查(包括冷冻切片检查号)
1.			日期　　病理号
2.			诊断
3.			

固定液：	备注：	送检医师：

标本收到日期：　　年　　月　　日　　病理检查号：

附:电子申请单—病理检查会诊单格式

__________医院

临床病理科常规活体组织病理检查会诊单

病理号__________

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 科室_____ 病区_____ 住院号_____ 床号_____

病史摘要及检查(可依据实际情况设计较为宽的空格):

临床诊断:

送检标本名称:

1. ____________________ 5. ____________________
2. ____________________ 6. ____________________
3. ____________________ 7. ____________________
4. ____________________ 8. ____________________

标本离体时间: 时 分 标本固定时间: 时 分

固定液:

特殊说明(包括此次送检目的及既往病理检查结果):

申请日期_________ 申请医师_________

项目名称__________________ 金额__________ 备注__________

常规组织病理____________

申请单条码号_____  _____ 1. 病理科(____号楼____层) 2. 最终收费待取材蜡块数确定 _____

送检标本须知:

1. 申请单应由该患者经治医师填写,以免查询困难。

2. 标本须从速固定于10%中性甲醛液中(不超过30分钟),固定液应充足,放置标本的容器口应宽大,以免固定后无法取出而造成人为变形,影响诊断;不同标本应分别固定;标本容器上应注明患者姓名、性别、科别、住院号、床号等,以便查询。

3. 标本采取后请督促有关人员及时连同申请单送达病理科,切勿积压、延误,应核对送检日期和收到日期。

4. 切取小块组织时,勿用齿钳钳夹或挤压,更不宜用线缠结,以免造成人为变形,致无法诊断。

5. 采取的标本务请全部送检,否则易影响诊断或引起纠纷;如需留作教学标本或科研之用,可待我科检查后协商处理。

6. 病理科联系电话:__________

附：电子申请单—病理检查会诊单格式

____________医院

临床病理科术中冷冻切片会诊单

病理号____________

姓名______ 性别______ 年龄______ 科室______ 病区______ 住院号______ 床号______

病史摘要及检查：

临床诊断：

送检标本名称：

1. ______________________________ 3. ______________________________

2. ______________________________ 4. ______________________________

标本收到时间： 时 分

冷冻切片制片时间： 时 分

冷冻切片报告时间： 时 分

特殊说明(包括此次送检目的及既往病理检查结果)：

申请日期__________ 申请医师__________

项目名称____________________ 金额____________ 备注____________

术中冰冻____________________

申请单条码号_____  ___

1. 病理科(____号楼____层)
2. 最终收费待取材蜡块数确定

______

术中冰冻切片病理检查须知：

1. 术中冷冻切片的目的：证明送检标本是否存在病变；病变性质；手术切缘是否足够。

2. 冷冻切片病理检查的标本小、时间短、制片质量差于常规石蜡切片、对诊断者要求较高，其诊断的准确率低于常规石蜡切片诊断，两者可能出现不同的诊断意见，并可能出现当时无法判断病变性质而需待常规石蜡切片等情况。可能出现非计划二次手术。

3. 骨组织、脂肪组织、淋巴组织难以制成理想的切片，诊断难以作出，请改做常规石蜡切片。

4. 对一些主要依赖于发现有无侵袭或转移等恶性生物学行为才能判断良恶性的肿瘤，鉴于制片时间和取材数量均受到限制，因此不宜单纯依靠术中冷冻切片作出良恶性的诊断，请改做常规石蜡切片，或在临床、病理、患者家属三方取得共识的情况下，有选择地进行术中冷冻切片病理检查。

5. 有些病变需应用特殊检查手段才能作出诊断者，应待手术后进一步确诊。

6. 软组织肿瘤中依赖核分裂象计数以判断良恶性者，因限于切片质量及时间，难以作出可靠的定性诊断，请改为常规石蜡切片检查，或三方达成共识后进行。

以上内容均已清楚了解，同意进行此项检查。

手术室电话或传真号码：____________。

患者或代理人签字：

年 月 日

附：电子申请单—病理检查会诊单格式

__________医院

临床病理科细胞学病理检查会诊单

病理号__________

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 科室_____ 病区_____ 住院号_____ 床号_____

病史摘要及检查(可依据实际情况设计较为宽的空格)：

临床诊断：

送检标本名称：1. 痰；2. 胸水；3. 腹水；4. 乳头溢液；5. 宫颈刮片；6. 心包积液；
7. 内镜刷片；8. 肺泡灌洗液；9. 尿；10. 脑脊液；11. 腹腔冲洗液

曾经做过病理或细胞学检查结果：

申请日期_________ 申请医师_________

项目名称__________________ 金额___________ 备注___________

脱落细胞学__________________

申请单条码号：_____  _____

1. 病理科(____号楼____层)
2. 最终收费待取材蜡块数确定

送检标本须知：

1. 所有标本均在采集后立即送检，原则上在室温下离体 4 小时以上，细胞会自溶，将影响检查结果，如不能及时送检者应冷藏在 2～4℃的环境中，但不得超过 24 小时。

2. 痰涂片一般连续检查 3 次(每次均应填写申请单)，于清晨漱口后，深咳数口痰于清洁容器中。

3. 如为刮片、刷片、印片等应在自然干燥后放入 95%乙醇中及时固定。

4. 进行体表肿块穿刺细胞学检查，因属特殊检查项目，患者或其委托家属应签知情同意书。

5. 由于细胞学检查不同于组织学切片，涂片中没有一定的组织学结构，加之受影响因素较多，故对肿瘤的具体分类有一定的局限性，可能在检查后会建议临床进行活检，以进一步分类或做其他项目检查。

附:电子申请单—病理检查会诊单格式

＿＿＿＿＿医院
临床病理科薄层液基 TCT 妇科细胞学病理检测申请单

病理号＿＿＿＿＿

姓名＿＿＿ 性别＿＿＿ 年龄＿＿＿ 科室＿＿＿ 病区＿＿＿ 住院号＿＿＿ 床号＿＿＿

病史(请选择所有合适项目)

末次月经日期:＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　　绝经:□是　　□否

□ 口服避孕药或避孕针　□ 不正常流血　□ 子宫切除术　□ 哺乳期

□ 产后 4 个月　□ 怀孕　□ 宫颈 Leep 术

□ 子宫环　□ 人乳头瘤病毒(HPV)　□ 其他

申请日期＿＿＿＿＿　　申请医师＿＿＿＿＿

项目名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　金额＿＿＿＿＿　　备注＿＿＿＿＿

妇科 TCT ＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申请单条码号＿＿＿＿＿＿

1. 病理科(＿＿号楼＿＿层)
2. 最终收费待取材蜡块数确定

＿＿＿

病理科分析结果:(以下由病理科医师填写)

标本满意度:□ 满意　□ 基本满意　□ 需重新采样

细胞量:□>5000 个细胞　□<5000 个细胞

□颈管细胞　□化生细胞　□滴虫　□霉菌　□HPV　□线索细胞　□ 疱疹病毒

TBS 标准诊断:

□ 未见上皮内病变细胞或恶性肿瘤细胞　□ 有宫内膜细胞(>40 岁)

□炎症　□ 轻度　□ 轻一中度　□ 中度　□ 中一重度　□ 重度

□ 表皮萎缩　□ 放疗反应　□ 宫内避孕器反应　□ 有腺细胞(子宫切除后)

□ 非典型鳞状细胞

□ 不能明确意义(ASC-US)　□ 不能除外上皮内高度病变(ASC-H)

□ 鳞状上皮内低度病变(LSIL)　□ 鳞状上皮内高度病变(HSIL)　□ 鳞状细胞癌

□ 非典型腺细胞(无具体指定)

□ 宫颈管　□ 宫内膜　□ 不能确定来源

□ 非典型腺细胞(倾向瘤变)　□ 颈管原位腺癌

□ 宫颈管　□ 不能确定来源

□ 腺癌　□ 宫颈管　□ 宫内膜　□ 子宫以外　□ 不能确定来源

病理诊断医师:　　　　日期:

附:电子申请单—病理检查会诊单格式

___________医院
病理科细针穿刺细胞病理学检查会诊单

病理号__________

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 科室_____ 病区_____ 住院号_____ 床号_____

病史摘要及检查(可依据实际情况设计较为宽的空格):

临床诊断:

穿刺部位及名称______________________________

曾经做过病理或细胞学检查结果:

申请日期_________ 申请医师_________

项目名称_________________ 金额__________ 备注__________

穿刺细胞学_______________

申请单条码号__________

1. 病理科(____号楼____层)
2. 最终收费待取材蜡块数确定

穿刺细胞学检查知情同意书

一、此项检查的目的:协助临床明确病变的性质。由于细胞学涂片上细胞无一定的排列次序,无法观察到组织学结构,故在对肿瘤的具体分类上有一定局限性。

二、由于使用的是细针经皮肤穿刺,可能会出现以下情况:

1. 出血;

2. 穿刺处感染;

3. 如为恶性肿瘤,可能会因穿刺针头使肿瘤细胞在针道和皮肤产生种植性转移;

4. 患者本人过于紧张,出现晕针现象;

5. 针吸细胞学检查,抽取的组织量很少,损伤很小,对肿瘤的诊断率高达80%,但仍有部分患者无法明确诊断,需进一步进行其他检查。

6. 其他一些不可预知的情况。

以上情况均已清楚了解,愿意进行此项检查!

患者或代理人签字:

年 月 日

二、病理诊断报告基本要求与格式

病理诊断报告在设计时力求统一和规范。病理诊断应用于临床有很多不同的目的和方法，在内容上不可能千篇一律，但在形式上要尽量保持一致，可以在设计上有一个基本的统一格式。病理诊断报告的基本格式一般应包含以下内容。

（一）医疗机构名称

医疗机构名称是指具有医疗执业资格和独立法人资格的医疗机构的全称，不能用简称、旧称，更不能随意加字减字，要同执业执照上的名称完全一致。医院名称一般位于病理诊断报告的首行。

（二）病理诊断报告名目

病理诊断报告名目是指病理检查报告的规范化名称，由病理标本的类型、方式、目的等要素构成，不要用简写，更不能使用非规范化的字词和术语。如正确使用“常规活体组织病理检查报告单”题目，不能用常规病理报告，或病理检查报告。病理诊断报告名目一般位于病理诊断报告的第2行，即医疗机构名称的下一行。下面罗列国内常用的病理诊断报告名目，供参考。

1. 常规活体组织病理检查报告单
2. 细胞病理学检查报告单
3. 液基细胞妇科宫颈细胞学检查报告单
4. 非妇科液基细胞学检查报告单
5. 疑难病理会诊检查报告单
6. 手术中冷冻切片病理检查报告单

（三）患者一般信息

患者一般信息是指患者的简单信息以及与患者密切相关的临床简单信息，包括患者姓名、性别、年龄、科室、住院号、病区、床号、病理号等。患者姓名要与身份证上保持一致，不要有意识冒名顶替和使用他人姓名。性别指患者的社会性别。年龄要用实足年

龄，婴幼儿要用实足月龄，3 个月以下的婴儿要用天龄。严禁在年龄项使用“成”“儿”等模糊年龄。一般信息栏位于病理诊断报告名目的下方，病理号要放于醒目位置。

（四）标本大体描述

1. 每份外科病理学报告均应包括充分的大体描述。用于分别检查和诊断的每个需要独立识别的送检组织标本，都应该有其各自的大体描述。其标本大小要用 cm 或 mm 表示，禁止用“粟粒大”“黄豆大”等描述。大体描述应该记录是将“部分”还是“全部”标本送检进行显微镜下检查。

2. 以特殊的号码或字母标记每个组织块。用相同的识别号码或字母标记多个组织块是不可取的。大体描述的最后应附有简要说明，列出每个标记组织块的取材部位。

3. 必要时可以通过画图、照相说明复杂标本的特征；但这些以图片形式表示的记录不应取代上面第 2 条建议的打印识别组织块的简要说明。

4. 大体描述应该记录切缘是否用墨水进行过标记。

5. 大体描述应该记录用于特殊研究的组织分布。

6. 当收到来自外院实验室的切片、蜡块或组织时，病理报告应包括切片和蜡块的数目，委托医院的病理号及人口统计学资料。

（五）显微镜下描述和评注部分

1. 每当责任病理医师认为有必要时，就应该记录显微镜下特征，但并不是每份报告都必须有显微镜下描述。

2. 每当责任病理医师认为有需要时，就可以把评注列入报告中，但并非每个病例均要写出评注。

3. 显微镜下描述和评注放在不同的部分还是结合在一起是可以选择的。

4. 在显微镜下描述或评注部分中指明所做的“特殊”染色，并

列出每种染色及其结果。

5. 当做过免疫组化染色时，在外科病理学报告的显微镜下描述或评注部分列出所用的每种抗体和染色结果，或单独作出免疫组化报告，或将二者一起报告。

6. 对分级可以作为一个明显预后变量的所有肿瘤进行分级。当做出分级时，分级标准或方案应该记录在评注或诊断栏中，除非这种分级方案是标注的并已被所有临床医师所熟知。

7. 应用“核对清单”的方式记录患者治疗和预后所需要的信息。应该注明清单中每一项目是阳性还是阴性。清单的作用是保证所有的相关信息均包括在病理学报告中。这些信息包括分级、浸润深度、有无血管侵犯、肿瘤大小、肿瘤类型等，但也不仅局限于此。不同类型的切除标本，以上信息也常常不尽相同。如果临床需要，切缘的状况也应记录在内。这些核对清单可以用单页形式装订成册或存入计算机。同时建议对病理报告进行常规定期检查，以确保信息存在并概括于评注或诊断栏目中容易发现的部分。

8. 报告应该体现系统阐述癌的病理学状态所需要的全部信息，但这种信息本身不需要通过数字或字母来记录。如果记录的是肿瘤分期的数字或字母，则要具体说明所用的方法。

（六）病理诊断

1. 在诊断部分中标明器官、部位、程序和诊断。这些信息可用破折号或冒号与诊断正文分开。

2. 在每一个病理学系，诊断的格式应该标准化。

3. 诊断结果的书写一般分下列 4 个层次：

（1）明确病理诊断：即诊断结果肯定无疑。如阿米巴痢疾，在肠粘膜内找到阿米巴滋养体伴有液化性坏死；子宫颈鳞状细胞癌Ⅰ级；胃腺癌（Ⅱ级），溃疡型，幽门部等。

（2）病变符合或可符合某种疾病：即组织形态上有相当根据，

但病变的特殊性不足以肯定诊断，需结合病史及其他检查条件符合或可符合某一疾病。如“病变符合皮肤结核样型麻风，建议临床医师结合临床所见肯定诊断”。

(3)疑似某种疾病的可能性较大：形态上有一定根据及疑似处，但诊断不能肯定者，只能做描述性诊断。如“喉鳞状细胞乳头状瘤，伴局限性非典型增生，可疑早期癌变”“鼻咽部恶性肿瘤，未分化癌可能性大，但难以完全排除恶性淋巴瘤”。

(4)否定诊断：临床上有一定证据提示某种疾病的可能，但在病理形态学上缺乏依据。

备注：

1. 如果可能，应将特殊检查结果，如电镜、免疫组化、流式细胞术、受体状况、数据等记入外科病理学报告中。如果这些信息没有作为外科病理学报告的一部分，也要将组织已经送去做特殊检查这一事实记录在外科病理学报告中。

2. 在外科病理学报告中记录科内会诊，或者在评注部分或者在外科病理学报告末尾说明会诊意见，或者由责任病理医师与会诊医师共同签发报告。

3. 将临床上具有意义但未预料到的任何重要所见告知临床医师，并立即在外科病理学报告中记录此事。

4. 必要时在外科病理学报告中可以引用文献。

5. 如果责任病理医师认为对患者有益，可以在外科病理学报告中建议进行另外的研究或检查。只要强调这仅仅是作为建议，这种信息可以并入外科病理学报告中。

6. 当发出一份更正报告时，要清楚的注明。如果新的报告是一份完整的报告，则应该特殊说明报告中做出的修改；如果更正报告中记录的仅仅为改动部分，也要加以说明。

7. 所有外科病理学报告均应包括标本收到日期和最后报告的日期。

8. 要提醒临床医师若发现病理诊断与临床实际不符时务请立即与本科室联系，并在报告单中提供联系方式。

______医院

常规活体组织病理学检查报告单

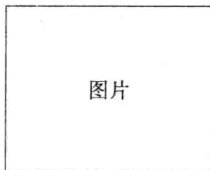
送检单位						病理号	
姓名		性别		年龄		送检日期	
科室		床号		住院号		送检医师	

临床诊断：

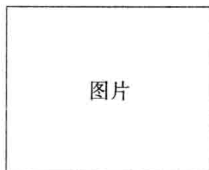
标本名称：

肉眼所见：

镜下所见：



染色：10×10(HE)



染色：10×10(HE)

病理诊断：(若发现病理诊断与临床实际不符时务请立即与本科室联系)

复诊医师：　　　　　　　　　　初诊医师：

报告时间：　　年　　月　　日

(此报告单仅专供临床医师参考用，不作为诊断证明用)

第九节 核医学诊断报告内容要求与格式

一、概述

核医学的起源可追溯到1896年法国物理学家Becquerel发现铀的放射性，第一次认识到放射现象。此后，核技术和医学理论与技术相结合，产生了研究放射性核素及核辐射的医学应用及理论基础的科学——核医学。随着核技术和测量仪器的发展，核医学已渗透到医学的各个领域，应用越来越广泛，成为疾病诊断治疗和医学研究的重要工具。

现代核医学是研究核技术在医学中的应用及其理论的学科，也是现代医学的重要组成部分。核医学学科的形成与发展不仅代表了核技术这一尖端科技的发展水平，而且其发展还不断融入了相关先进技术的丰硕成果。当前，随着核医学与相关医学科学技术迅猛发展，新理论、新技术、新方法不断在临床实践中得到广泛推广与应用，促进了核医学新的分支——分子核医学与分子影像学的形成，令世人瞩目。

在临床上，核医学科是将放射性核素及相关技术应用于疾病的诊断、治疗和医学研究的临床科室，主要工作包括核素显像、核素治疗、脏器功能测定和体外免疫分析等。

核医学是目前发展迅速的一门临床学科，规范化的操作、严格的质量管理与控制不仅是实现医疗质量的保证，同时也体现了科室和医院的科学管理水平。为了规范核医学医务人员在临床实践中的行为，提高核医学诊疗工作的质量，保护患者及医护人员利益，促进核医学事业的健康发展，2003年中华医学会核医学分会编写《临床技术操作规范·核医学分册》以及一部与规范配套的《核医学临床应用指南》，以供广大核医学工作者在实践中应用，使各级医疗机构的医务人员在日常医疗护理工作中有章可循、有据可依，并作为今后医疗事故和医疗纠纷处理的重要依据。

到目前为止，国内尚没有核医学各项临床诊疗工作的操作常

规(特别 SPECT 和 PET 检查的权威性 SOP 文件),以及权威的、细致的报告规范。

无论从提高核医学诊疗工作的质量角度出发,还是从保护患者及医护人员的利益考虑,不仅要求核医学工作人员在临床诊疗过程中要遵从技术规范、诊疗常规,而且在报告书写时也要做到科学化、规范化和标准化。

因此,编写核医学诊断报告规范已成为一件刻不容缓的事情,因此,我们结合临床实际和工作经验,并参考新报道与新进展,对本单位的报告规范修订结果汇集在此,供核医学相关从业人员参考。

二、核医学诊断报告的基本范畴

从临床核医学的应用角度出发,核医学报告包括医学体外免疫分析报告、放射性核素脏器功能测定报告以及放射性核素显像报告。后者主要包括 SPECT(含 γ 相机、SPECT、SPECT/CT)和 PET(含 PET/CT)报告。这些报告的基本格式与要求有共同之处,但各自仍有特殊要求,以下将分四个部分一一描述。

三、体外免疫分析申请单、报告单基本要求与格式

(一)体外免疫分析报告基本范畴

核医学体外测定技术主要利用放射性核素标记的示踪剂测定从人体内采集的血、尿、组织液等样品内微量生物活性物质含量的方法。主要有放射免疫分析法(RIA)、免疫放射性分析法(IRMA),还包括由这两类技术派生和发展而来的一些重要的非放射性标记免疫分析技术。

体外免疫分析报告在临床上也称为核医学检验报告,是核医学实验室检查所得出的客观数据的记录报告形式。

(二)体外免疫分析申请单、报告单基本要求

体外免疫分析申请、报告要求涵盖医疗机构和就诊患者的一般信息,以及检验过程中需要了解的相关信息,包括医疗机构名称、检验项目、患者一般信息、检验标本信息,检验报告项目的名

称、结果异常提示、结果单位和方法等，检验报告者及审核者的签名，结果报告时间等。

(三)体外免疫分析申请单、报告单基本格式及内容

核医学检验项目繁多，项目组合根据临床实际需求差异较大，组合上难以千篇一律，申请单、报告单在设计时力求做到严谨化、规范化、人性化，在形式上要尽量保持一致在设计上有一个基本的统一格式。申请单、报告单的基本格式一般应包含以下内容。

1. 医疗机构名称：是指具有医疗执业资格和独立法人资格的医疗机构的全称，不能用简称，也不能用旧称，更不能随意加字减字，要同执业执照上的名称完全一致。医院名称一般位于检验报告的首行。

2. 核医学检验报告类别：由检测项目的类型、检测的方式、检测的目的等要素构成；报告类别不要用简写，更不能使用非规范化的字词和术语。验报告类别一般位于检验报告的第二行或医疗机构名称后注明。检测的方式如“放射免疫分析”“化学发光分析”等。

3. 患者一般信息：是指患者的简单信息以及与患者密切相关的临床简单信息，包括患者姓名、性别、年龄、就诊科室、住院号、病区、床号、临床诊断等。患者姓名要与身份证上保持一致，不要有意识冒名顶替和使用他人姓名。性别指患者社会性别。年龄要用实足年龄，婴幼儿要用实足月龄，3 个月以下的婴儿要用天龄。严禁在年龄项使用“成”“儿”等模糊年龄。一般信息栏位于检验报告的第 3 行，相当于报告题目栏的下方。

4. 检验项目：是指核医学实验室检测的具体项目，由申请检测的标本、检测的方法、检测的结果分析等要素构成。检验项目名称尽可能使用规范化的专业术语，也可以用行业内公认的简写，还包括其规范化的英文简写或代号。检验项目可位于患者一般信息栏的下方。

5. 检验者与审核者：检验者是指从事操作而获取检验结果并

对其做出分析总结和判断的核医学相关技术人员，是检验过程的主体。检验者要承担相关的医疗责任和法律责任，因此，检验人员必须具备相应的专业执业资格。

报告单审核者为通过科室组织的考核后，由科室授权并在医院医务部门备案具有相应专业资质的人员，一般为专业组组长或高年资中级职称以上(包括中级职称)专业技术人员。

实习生、见习生、进修生、研究生不具有报告权，但可以在有资质的老师指导下完成，检验质量由带教老师负责。

检验报告最后必须经由审核者审核后发放。

检验者与审核者一般放置在报告的结果下部区域。

6. 标本采集时间、接收时间与报告时间：标本采集时间是指在得到医师的申请单后，留取或抽取标本的即时时间；标本接收时间是指标本送到实验室并被接收的即时时间；报告时间是指检查完成、并经审核后发出报告的即时时间。常规的检验时间均以年、月、日、时、分为单位来表示，检查与报告的间隔时间较短，因此检验报告大多数只要求标明报告时间，而不反映检测时间。检查时间与报告时间一般放置在检验结果的下部，报告者与审核者的下方区域。

(四)体外免疫分析申请单要求与内容

核医学检验申请单是临床医师根据患者情况，有目的选择检验项目，进行检验的信息载体，在无实验室信息化系统时，还作为检验结果填写报告单；在有医院信息系统和实验室信息系统时，只作为传递患者信息和检验项目信息载体或网络完善时进行网络无纸化申请。因此，检验申请单在格式上同检验报告单一致，各项均要求符合检验报告的基本格式和要求。

1. 申请单由经治医师按规定逐项填写，眉栏项目不得遗漏，字迹清楚，术语规范，严禁涂改，内容包括患者姓名、性别、年龄、床号、住院号，送检标本名称、检验目的，医师签全名或盖印章，如为实习、进修人员开单，则必须由经治医师签全名或盖印章。

2. 相关检查申请单应书写临床诊断，某些检验还要求填写包括重要体征及治疗史和过去相关检查结果等，以便分析结果时参考。

3. 紧急检查应在申请单右上角标明“急诊”字样或盖相应的印章，同时应注明标本采集时间、送到时间和送样人。

4. 申请项目，可用“√”在项目的序号上表示或书写注明实验名称；若院内有计算机网络系统联网时，申请单所用的名称应与网络中所用的名称一致，以便于收费与统计。

5. 某些检查项目有特殊要求时应当注明相关信息，如胰岛素（或C肽）释放试验注明餐前、餐后时间，性激素测定注明月经周期等。

6. 送检标本上所贴标签或条形码资料应与申请单上资料一致。

（五）体外免疫分析报告单要求与内容

1. 体外免疫分析报告单是指患者门诊、住院期间所做各项核医学检验结果的记录表现形式。

2. 医疗机构核医学实验室专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。报告单应按照规定由相应资质技术人员签发。

3. 体外免疫分析报告应具备信息

（1）实验室信息：所在医院名称及相关检验类别。

（2）患者姓名、性别、年龄、门诊号、所在科室（病区和床号）、病历号（住院或门诊号）、临床诊断。

（3）标本信息：送检样本类型、标本状态、条码号、样本号、标本采集时间、标本接收时间等。

（4）申请者信息：申请项目、申请医师、申请日期。

（5）检验信息：检验项目名称（使用中文或者国际通用的、规范的缩写、代号）、检验结果、单位（使用标准化通用国际单位）、异常结果提示（位于测定结果后，正常结果无表示，增高和降低结果应

以↑、↓表示）、参考范围，报告日期、检查号、操作者及审核者签名，其他需要报告的内容“如对结果存在疑问，请及时与相关实验室联系”。

4. 体外免疫分析报告单规格：普通报告单使用 A5 格式。（参见附）

附：核医学检验报告格式

____________医院

核医学检验报告单【检验类别】

（仪器型号）

姓　名：	送检科室：	送检病区：	样 本 号：
性　别：	床　　号：	样本类型：	条 码 号：
年　龄：	住院号（或门诊号）：		临床诊断：

代　　号	检验项目	结果	周期	参考范围	单位

标本状态：

采集时间：	标本接受时间：	报告时间：
送检医生：	检验者：	审 核 者：

（如对结果存在疑问，请及时与相关实验室联系）

四、放射性核素脏器功能测定申请单、报告单基本要求与格式

核医学脏器功能测定是利用放射性药物在体内能被某一脏器特异性摄取、或在某一特定的脏器组织中被代谢或通过某一脏器排出等特性，在体外测定这些放射性药物在相应的脏器中摄取的速度、存留的时间、排出的速度等，对脏器功能状态进行评价。

目前，临床上一般开展的项目有甲状腺摄^{131}碘试验、放射性核素肾图，其中在多数核医学科，肾图检查已被肾动态显像所取代，在此不再赘述。

甲状腺摄取功能测定包括早期摄取试验和晚期摄取试验，前者采用静脉注射$^{99m}TcO_4^-$ 后 30min 内测定，但由于技术要求较高，临床难以推广应用。以下仅就甲状腺摄^{131}碘试验的相关报告要求进行介绍。

（一）甲状腺摄^{131}碘试验申请单要求与内容

甲状腺摄^{131}碘试验申请单提供的信息也是诊断依据的重要部分，要求填写内容完整、准确、可靠，一份填写正确的申请单无论是对核医学科医生还是临床医生都非常重要，一方面对疾病的诊断与治疗带来极大的方便，同时也可避免一些不必要的医患纠纷。

申请单由经治医师按规定逐项填写，眉栏项目不得遗漏，字迹清楚，术语规范，严禁涂改。必要时由核医学医生补充。

主要包括以下几方面内容：

1. 一般项目：包括患者姓名、性别、年龄、住院号、病区及床号等。

2. 临床简要病史：包括主要症状、重要体征、相关特殊检查结果以及重要的阴性体征、治疗史等。

3. 影响甲状腺摄^{131}碘试验相关病史与因素：服用或停用富碘食物如海带、紫菜等海产品情况；服用或停用抑制甲状腺摄^{131}碘药物如乙胺碘呋酮、碘含片、海藻、昆布、丹参等情况；服用或停用抗甲状腺药物、甲状腺激素情况等。

4. 临床诊断与检查目的

5. 申请医师签名

6. 申请日期

(二)甲状腺摄^{131}碘试验报告单基本要求与格式

甲状腺摄^{131}碘试验报告已从手工书写向电子化文本过渡,但国内尚没有统一的标准与设计。一方面形式设计上应做到合理规范、美观实用;另一方面,内容上应做到项目齐全、内容完整、描述规范这一基本原则,科学地分析,结合临床表现,作出正确结论。

主要包括以下几方面内容:

1. 医疗机构名称:是指具有医疗执业资格和独立法人资格的医疗机构的全称,不能用简称,也不能用旧称,更不能随意加字减字,要同执业执照上的名称完全一致。

2. 诊断报告题目:应规范地称为甲状腺摄^{131}碘试验或甲状腺摄^{131}碘功能测定报告单。

3. 患者一般信息:是指患者的简单信息以及与患者密切相关的临床简单信息,包括患者的姓名、性别、年龄、就诊科室、住院号、病区、床号、临床诊断等。一般信息栏位于报告题目栏的下方。

4. 检查方法:放射性药物种类、放射性剂量、体积、给药方式,给药后检查时间(一般服^{131}碘 3h/6h/24h 或 2h/4h/24h)。

5. 检查结果:各时间点摄^{131}碘率结果、甲状腺摄^{131}碘曲线(图)。

6. 功能测定结论

(1)摄^{131}碘正常或增高、减低。

(2)摄^{131}碘曲线正常或高峰前移。

(3)对临床医师提出的特殊检查目的进行回应:如是否符合某疾病表现。

(4)建议部分:必要时对需要进一步检查的项目做出建议。

7. 报告医师与审核医师:由具有相应专业资质及授权的核医学医师报告、审核并签名。

8. 报告时间：是核医学医师签发报告时间，应精确到“时”。

9. 报告单规格：使用A5格式(参见附录)。

附：甲状腺摄^{131}碘试验报告格式

____________医院

核医学甲状腺摄^{131}碘试验报告单

检查编号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（仪器型号）

姓名		性别		年龄		科别		床号	
临床诊断								住院号	
检查方法：									

检查结果：

摄^{131}碘率：

3h：　　%

6h：　　%

24h：　　%

（摄^{131}碘曲线）

检查结论：

建议：

报告医师：　　　　　　　　　　　　审核医师：

检查时间：　　　　　　　　　　　　核医学科联系电话：

五、核医学显像申请单、报告单基本要求与格式

核医学显像诊断报告是临床医生诊断和确定治疗方案的重要依据之一，是重要的医疗文件。要获得一份合格、有价值的核医学显像报告，前提包括严格遵循核医学显像技术规范与操作常规，以及显像仪器的质控、放射性药物的质控、图像质量的评价等。

核医学显像报告书写也应严格遵循报告规范的要求，报告的质量代表报告医生和科室的诊断水平，也反映报告医生归纳总结、诊断思维、文字修养等功底和能力，同时还体现了医生的责任心。

(一)核医学显像申请单的基本格式与内容要求

检查申请单是临床医师和核医学诊断医师对患者进行诊治工作过程中重要的交流工具和信息来源。检查申请单提供的信息是核医学诊断医师进行诊断的重要依据的一部分，一份内容完整、填写正确、检查目的明确的申请单无论是对核医学诊断医师还是临床医师都极为重要，会给疾病的诊断与治疗带来极大的方便，同时也可避免一些不必要的医患纠纷。

检查申请单要求书写整洁、字迹清楚、术语确切、不得涂改，填写内容完整、准确可靠，必要时可由核医学科接诊医师补充完善。

申请单基本内容主要包括以下几方面。

1. 一般项目：包括姓名、性别、年龄、住院号、病区及床号等，这些都是检查、书写报告核对的原始基础内容，应努力杜绝“冒名顶替”现象，以免日后发生不必要的纠纷。

2. 临床简要病史：病史是申请单的核心部分，包括主要症状、体征、相关特殊检查结果以及重要的阴性体征。既往核医学显像检查相关资料尤其重要。要求重点突出、没有遗漏。

3. 临床诊断与检查目的：临床初步诊断或通过检查达到何种目的。

4. 检查项目：填写应准确无误，必要时与核医学科医师沟通与交流，避免错误检查患、重复检查或患者往返折腾。

5. 申请医师签名：申请医生的签名不仅是表明执业医师权限，也便于核医学诊断医师进行联系和随访。

6. 申请日期

7. 特殊要求

(二)核医学显像报告基本要求

核医学显像报告要求涵盖医疗机构和就诊患者的一般信息，以及核医学显像检查过程中的相关信息，包括医疗机构的名称，核医学显像报告的名称，患者一般信息(姓名、性别、年龄、科室、住院病区、床号、住院号、核医学显像编号等)，核医学影像信息(核医学

显像分类名称、检查技术与方法、核医学影像、显像所见、诊断意见），核医学显像报告医生及审核医生的姓名及签名，报告日期等。

核医学显像报告内容除了上述必需录入的信息，还应根据核医学显像检查或治疗不同的目的，录入其他一些相应内容。一些特殊核医学显像如淋巴显像应标明给药途径、部位、给药剂量与体积等，多时相显像、延迟显像检查应标明给药至检查的具体时间，负荷试验要标负荷方式、负荷的种类、级量和时间、负荷所用药物的名称、剂量、时间和使用方法。介入试验的方案、给药种类、剂量、给药时间、检查时间等。保证提供必要的、完整的检查信息。同时，这些信息对患者复查、转院治疗都是非常有益的。

（三）核医学显像报告的基本格式与要求

影像报告系统的应用使得核医学显像报告在设计时达到了统一和规范。报告医师应严格遵循报告的基本格式，做到无错漏项。还应遵循报告规范的基本要求，科学、规范、实事求实地描述影像所见、出具诊断意见。基本原则是“项目齐全，内容完整，描述规范”。报告的基本格式一般应包括以下内容。

1. 医疗机构名称：是指具有医疗执业资格和独立法人资格的医疗机构的全称，不能用简称，也不能用旧称，更不能随意加字减字，要同执业执照上的名称完全一致。医院名称一般位于报告的首行。

2. 报告题目：是指核医学显像检查分类名称，报告题目可位于报告的第 2 行，也可与医疗机构名称共 1 行。如某医院核医学科 SPECT（SPECT/CT）报告、某医院核医学科 PET/CT 报告等。

3. 显像仪器型号

4. 患者一般信息：包括患者姓名、性别、年龄、就诊科室、住院号、病区、床号、核医学显像编号、临床诊断等。患者姓名要与身份证上保持一致，不要有意识冒名顶替和使用他人姓名。性别指患者的社会性别。年龄要用实足年龄，婴幼儿要用实足月龄，3 个月以下的婴儿要用天龄。严禁在年龄项使用“成”“儿”等模糊年龄。一般信息栏位于报告题目栏的下方。

5. 检查方法

(1)显像药物名称、放射性剂量、给药途径等。

(2)影像采集的时间和方式:动态或静态、局部或全身、平面或断层、显像部位等。

(3)检查过程中的其他介入性程序的描述。

6. 检查部位或名称:常见的检查分类名称包括以下方面,不同单位有差异,仅供参考。

(1)甲状腺显像

(2)唾液腺显像

(3)甲状旁腺显像

(4)局部骨三相显像

(5)局部骨断层显像

(6)全身骨显像

(7)门控静息心肌灌注显像

(8)门控负荷心肌灌注显像

(9)核素心血池显像(门控)

(10)肾动态显像+GFR 测定

(11)肾动态显像+ERPF 测定

(12)肝胶体显像

(13)肝血池显像

(14)肝胆动态显像

(15)脑灌注显像

(16)脑脊液显像

(17)核素深静脉造影

(18)肺灌注显像

(19)肺通气显像

(20)核素胃食管反流显像

(21)核素十二指肠胃反流显像

(22)核素消化道出血显像

(23)核素异位胃粘膜显像

(24)肾上腺髓质显像

(25)膀胱输尿管反流显像

(26)阴囊显像

(27)淋巴显像

(28)核素亲肿瘤显像

(29)肿瘤局部断层显像

(30)肿瘤全身断层显像(PET/CT)

(四)核医学图像

一般选择与结论相关的、有代表性的、对诊断最有帮助的特征图像,必要时对病变应加以标记。有些情况下还要包括时间一放射性曲线、半定量或定量分析结果。

(五)影像所见

1. 简述检查方法与过程

2. 影像描述

(1)评价影像质量。

(2)静态检查:描述脏器大小、形态、对称性,异常放射性分布的部位和数量、形态是否规则等,以及放射性显像剂浓集情况。

(3)动态检查:描述放射性分布时相性变化。

(4)定量或半定量检查:列出定量或半定量结果。

(5)介入性检查:描述介入前后放射性分布的变化。

(6)其他需要描述或说明的内容,如图像融合、非靶区组织的异常发现等。

3. 检查局限性的分析:特殊情况(如:影响检查灵敏度和特异性的因素、患者配合的情况、伪影、放射性污染等情况),可能对检查结果产生的影响。

4. 回应临床的要求:报告应当回答或涉及临床医师在检查目的中提出的问题和特殊要求。对临床所疑疾病的种种表现或征象,如有者则应对所出现的病变大小、形态与部位等一一加以描

述，对未出现的表现应在描述明确指示“未见相应改变”。

5. 比较：和同一患者先前的检查和报告进行比较。

（六）诊断意见

影像表现是疾病的病理和病理生理的反映，影像结论或诊断意见是影像医师根据影像表现结合临床得出的结论。诊断意见是临床医生的阅读报告的重点，也是显像报告的精华部分，既要简明扼要，一目了然，又要遵循疾病临床诊断的规范、符合报告规范的要求。既要尽可能给出明确的诊断或鉴别诊断，又要实事求是、避免武断，应考虑到显像检查与影像诊断本身的局限性。

可参考的影像诊断思维：

1. 充分利用各种不同影像学检查方法提供的信息相互补充、互相印证，从多方位、多角度反映疾病的本质。

2. 密切结合临床资料。

3. 首先考虑常见病典型表现，其次考虑常见病非典型表现，第三考虑少见病典型表现，最后才考虑少见病非典型表现。

4. 要尽量用一种疾病来解释影像：一元论原则，当用一元论解释困难时，应考虑到多种疾病并存的可能性。

诊断意见结论是检查报告中最为重要的部分，应清晰表达该项检查的结果是正常还是异常，应尽可能使用简洁、明了的语句，避免使用“可能正常”“可能异常”和“可疑”等语句。对疾病作出恰如其分的某一层次的“定性”诊断。该肯定时，决不含糊；不能肯定时，决不勉强；能部分确定时，就部分确定，并对进一步处理作出建议。必要时应尽量做到“四定”：定位、定性、定量、定期。

应当尽可能给出明确的临床诊断。可能的情况下，给出鉴别诊断。提出随访（包括时间）和/或进行其他进一步检查的建议，以便明确或证实目前的印象。

（七）报告医师与审核医师

报告与审核医师是核医学显像诊断报告的责任人，应根据中国卫生部有关执业医师资格认定和执业许可的有关规定要求，结合科

室实际情况对有专业资质的医师定期进行审核、报备和授权。只有具备相应专业资质和授权的医师才能作为报告医师或审核医师。

（八）报告时间

报告时间是指发出核医学显像报告的具体时间。一般要求精确到"时"，只要求标明报告时间，而不需要反映检查时间。一般SPECT检查要求当日或隔日出具报告，复杂疑难病例和PET/CT检查允许检查时间或报告时间有1～2天的间隔时间。

（九）报告单规格

一般使用A4格式（参见附录）。

附：核医学科SPECT报告格式

__________医院

核医学科SPECT报告单

ECT号：
（仪器型号）

姓名：	性别：	年龄：	科别：	床号：
临床诊断：	显像剂：	剂量：	给药方式：	住院号：

（特征图像）

检查方法及所见：

诊断意见：

建议：

报告时间：__________　　报告医师：__________　　审核医师：__________

（报告仅供临床医师参考）

附：核医学科 PET-CT 报告格式

____________医院

核医学科 PET－CT 报告单

PET－CT 号：
（仪器型号）

姓名：	性别：	年龄：	科别：	床号：
临床诊断：	显像剂：	剂量：	给药方式：	住院号：

简要病史及影像学检查结果：

检查方法或技术：
①患者是否空腹及禁食时间　②基础血糖　③放射性药物的名称、剂量、给药方式和注射至显像的时间　④其他药物用药情况　⑤检查范围及患者体位　⑥CT 透射扫描模式　⑦PET 发射扫描模式。
影像所见：

诊断意见：

建议：

报告时间：　　　　　　报告医师：　　　　　　审核医师：
（报告仅供临床医师参考）

六、核医学 SPECT 显像报告基本描述要求

核医学 SPECT 显像（含 γ 相机、SPECT、SPECT/CT）报告是对显像中所获得全部信息的概括与总结，是对申请行该检查的临应酬医师所关注问题的书面回答。写报告的医师应利用有限的文字简洁地表达影像所见，并满足临床需求，规范的语言和翔实的内容是确保检查报告可读性的必要前提。

由于显像检查的目的不同，所采用的检查项目、技术、方法也不同，因此在报告时应该据此进行不同的描述。

核医学 SPECT 显像报告共同的基本描述内容一般包括以下。

1. 简述检查方法与过程

（1）显像药物名称、放射性剂量、给药途径等。

（2）影像采集的时间和方式：动态或静态、局部或全身、平面或

断层、显像部位等。

(3)检查过程中的其他介入性程序的描述。

2. 影像描述

(1)评价影像质量。

(2)静态检查:描述脏器大小、形态、对称性,异常放射性分布的部位和数量、形态是否规则等,以及放射性显像剂浓集情况。

(3)动态检查:描述放射性分布时相性变化。

(4)定量或半定量检查:列出定量或半定量结果。

(5)介入性检查:描述介入前后放射性分布的变化。

(6)其他需要描述或说明的内容,如图像融合、非靶区组织的异常发现等。

3. 检查局限性的分析:特殊情况(如:影响检查灵敏度和特异性的因素、患者配合的情况、伪影、放射性污染等情况),可能对检查结果产生的影响。

4. 回应临床的要求:报告应当回答或涉及临床医师在检查目的中提出的问题和特殊要求。对临床所疑疾病的种种表现或征象,如有者则应对所出现的病变大小,形态与部位等一一加以描述,对未出现的表现应在描述明确指示"未见相应改变"。

5. 比较:和同一患者先前的检查和报告进行比较。

(一)静态显像的基本描述

描述内容应根据检查部位详细说明,一般包括脏器的位置、形态、大小、显像剂分布情况等。

异常或病变部位应详细描述:位置、形态、大小、是否规则、与周围组织关系,放射性分布情况(增高、正常、减低、缺损),异常部位内部放射性分布是否均匀等。

(二)动态显像的基本描述

描述内容除了参照静态显像的基本描述内容外,必要时还应突出描述相关脏器、组织的显影顺序、时间间隔、连续变化,多时相显像时应分别描述。

此外，动态显像常利用 ROI 技术获得时间一放射性曲线，并进行半定量或定量分析，对时间一放射性曲线、半定量或定量分析指标和结果必要时也应一一描述。

（三）全身显像的基本描述

如全身骨显像、全身骨髓显像等，其特点是一次显像获得全身各部位放射性分布情况，观察范围全面，描述时应先评价全身靶组织放射性分布情况，是否对称、是否有全身靶组织弥漫性放射性分布异常、是否有非靶组织放射性分布异常等。

异常放射性分布区应详细描述：位置、形态、大小、是否规则、与周围组织关系，放射性分布情况（增高、正常、减低、缺损），异常部位内部放射性分布是否均匀、异常或病灶的分布情况（如是否对称性改变、是否串珠样改变）等。

（四）断层显像的基本描述

描述内容除了参照静态显像的基本描述要求外，必要时还应描述各断层的放射性分布情况，病变在各断层相应断面的表现，病变累及的断层或断面（必要时具体到第 X 面至第 XX 断面）。

（五）多时相显像的基本描述

其动态相和静态相分别按动态显像或静态显像要求描述，不同时间点的静态显像结果应做比较，延迟相与早期相的对比，必要时应进行半定量分析或定量分布，计算比值、清除速率等指标。

（六）负荷显像（或介入显像）的基本描述

应描述显像方案、负荷方式、负荷药物的剂量与给药过程、负荷前后放射性分布变化等信息。

一般应与静息状态显像进行比较或与负荷前做比较，并做半定量或定量分析等以用于评价脏器功能储备能力。

附：甲状腺静态显像基本描述

1. 正常图像描述：位于颈部正中，分左右两叶，两叶显像剂分布均匀，部分正常人峡部或一叶上方可见锥体叶显影。

2. 异常图像描述

(1)形态异常:表现为甲状腺形态不规则或不完整,如结节性甲肿、先天性一叶缺如、甲状腺术后改变等。

(2)大小异常:多表现为甲状腺体积增大,应测量甲状腺大小,估算甲状腺重量,如甲亢、单纯性甲肿等。

(3)位置异常:在胸骨后、舌根部、舌骨下等非正常甲状腺部位出现异常浓聚区,见于异位甲状腺;另可见于甲状腺转移灶(多见于甲状腺术后、甲状腺清除后,多见于^{131}碘显像)。

(4)显像剂分布异常:整个甲状腺摄取功能增强:甲亢,原发性甲减(TSH 升高);整个甲状腺摄取功能减低或不摄取:继发性甲减(TSH 减低)、亚急性甲状腺炎等;局限性显像剂分布异常:根据甲状腺结节放射性分布与周围正常甲状腺组织相比,表现为增高、相近、不摄取或很少摄取,将结节分为“热结节”“温结节”和“冷结节”,还应详细描述结节位置、大小、形态、是否规则、与周围组织界限是否清楚等。

附:全身骨显像基本描述

1. 正常图像描述:呈大致对称性放射性分布,通常密质骨或长骨如四肢骨干等摄取较少,而松质骨或扁骨摄取较多,显影清晰且两侧分布对称。正常肾脏及膀胱显影。其他软组织显影较淡。

2. 正常变异:正常人胸骨、胸锁关节、髂嵴和髋部等处可见放射性浓聚,老年人退行性病变可致颈椎下段、膝关节不同程度放射性浓聚;儿童全身骨骼影像普遍增浓,骨骺端尤为明显。

3. 伪影:尿液、注射点污染,检查过程中患者体位改变、存在金属异物等是导致伪影的常见原因。

4. 异常图像描述

(1)局限性放射性分布异常:骨显像最多见的异常表现;应详细描述浓聚区的数目、位置、大小、形态、是否规则、与周围组织关系,异常部位内部放射性分布是否均匀、异常或病灶的分布情况

(如是否对称性改变、是否串珠样改变)等。

(2)局限性放射性减低区:为单纯放射性减低区或“炸面圈”征。

(3)超级骨显像:全身骨骼弥漫性异常浓聚,常为均匀、对称性异常浓聚,软组织显影轻淡,双肾、膀胱不显影。另外还会出现颅骨弥漫性放射性浓集呈“帽”征或“面具”征、胸骨弥漫性放射性浓集呈“领带”征、比侧前肋与肋软骨交接处呈“串珠”征等。

(4)“闪烁现象”:某些肿瘤的骨转移病灶在治疗后一段时间内,患者临床表现或其他影像学检查有显著好转,但复查骨显像可见病灶病位放射性浓聚较治疗前更为明显,再经过一段时间后又会消退或改善。

(5)肺性肥大性骨关节病:四肢长骨骨皮质区弥漫性对称性浓聚呈“车轨”征。

附:肾动态显像基本描述

1. 正常图像

(1)血流相:“弹丸”式注射显像剂后 8～12s,腹主动脉、脾相继显影,腹主动脉显影 2～4s,双肾同时显影,随后出现轮廓清晰肾影,双肾血流灌注曲线形态放射性强度相近,峰时差小于 1～2s,峰值差小于 25%。

(2)功能相:显像剂注入后 2～4min,肾实质内放射性计数达高峰,双肾影形态清晰、完整、放射性分布均匀。此后肾实质影逐渐消退,肾盏、肾盂处显像剂增浓,至 15～20min,两肾影基本消退,膀胱影逐渐增强。双肾肾图曲线形态、放射性分布正常、大致相当,肾图半定量分析指标、GFR(或 ERPF)正常。

2. 异常图像描述

(1)血流相:单侧或双侧肾影出现延迟、放射性分布稀疏或未显影,肾血流灌注曲线低平;峰值或峰时差异常。

(2)功能相:

①单侧或双侧肾实质显像剂聚集减少,摄取高峰减低、延后或

消失。②肾实质、肾盏、肾盂、输尿管内见放射性聚集，消退延迟或不消退。肾实质内见局限性放射性缺损区。单侧或双侧肾图曲线形态、放射性强度异常，肾图半定量分析指标异常。单侧或总 GFR 或 ERPF 值异常。

附：美国心脏学会(AHA)门控运动或药物负荷 SPECT 心肌灌注显像诊断报告模版

1. 检查目的：即在以下 5 个方面选择其一：冠心病的诊断；了解心肌缺血的程度和范围；评估心肌活力；危险度分层；评估急性胸痛症状。

2. 临床病史：

(1) ______岁(男性，女性)，(有，无)冠心病病史。

(2)冠心病的危险因素包括：______(如吸烟、肥胖、糖尿病等)。

(3)既往接受心脏检查的项目包括：______(如运动平板试验、CT、冠状动脉造影等)。

(4)目前临床症状包括：______(如胸闷、胸痛、活动后气急等)。

3. 检查过程

(1)采用运动负荷者：患者按(改良 Bruce 方案、Bruce 方案、Naughton 方案)接受了(运动平板试验、脚踏车试验)，完成了________min，相当于预计负荷的________代谢值(METS)。基础心率为________次/min，负荷过程中的峰值达________次/min，相当于最大预测值的________%。负荷状态下血压(正常、低血压、高血压)。患者在负荷过程中除疲劳外，(没有、具有)新的症状，症状包括________。静息状态下心电图表现为________，同时(伴有、不伴有)提示心肌缺血的 ST 段改变。静息状态下的心肌灌注显像于静脉注射显像剂(^{99m}Tc-甲氧基异丁基异腈(MIBI)，^{201}Tl)_______MBq 之后________min 进行。在运动负荷达到峰值时注射(^{99m}

Tc-MIBI,^{201}T1)________MBq 后运动持续________min。门控负荷后心肌灌注显像在负荷后________min 进行。

(2)采用药物负荷者:应用________剂量[腺苷、双嘧达莫(潘生丁)、多巴酚丁胺]进行药物负荷试验。在(腺苷、潘生丁、多巴酚丁胺)药物负荷的同时进行了低水平的运动负荷。基础心率为________次/min,静脉给予药物负荷后心率达到________次/min,达到预计最大心率的________%。在负荷过程中,血压(正常、增高、减低)。在检查过程中患者出现了明显的症状,包括________(如胸闷、气急、心绞痛等)。静息状态下心电图表现为________,(伴有、不伴有)提示心肌缺血的 ST 段改变。静息状态下的心肌灌注显像在静脉注射(^{99m}Tc-MIBI,^{201}T1 ________MBq 后________min 进行。在药物负荷达到峰值时注射显像剂(^{99m}Tc-MIBI,^{201}Tl ________MBq 后运动持续共________min。门控负荷后心肌灌注显像在负荷后________min 进行。

4. 影像所见:图像总体评价为(非常好、好、一般、差)。左心室心腔在(静息、负荷)状态下(正常、增大)。(发现、没有)肺内放射性异常摄取。另外,右心室[正常、异常(描述异常表现)]。

心肌断层显像放射性分布均匀,或者在负荷状态下发现________节段具有(轻度、中度、重度)的(小、中等、大)区域放射性分布异常,在静息状态下相应部位有放射性(填充、部分填充、无填充)。门控图像显示左心室心肌厚度和运动正常;或门控心肌灌注显像图示________节段(室壁运动减弱、无运动、反向运动)。左心室射血分数为____%;或左心室射血分数正常。

必要时还要描述放射性缺损的大小(小、中等、大),类型(可逆、不可逆和混合型)和程度(轻、中、重)。负荷状态下积分、静息状态下积分及两者的积分差。可根据情况提供定量分析方面的信息:缺损面积的百分比,程度积分等。

5. 结论:心肌灌注显像结果为(正常、异常)。在____部位具有(小、中等、大)的心肌(缺血、梗死)病灶。因此,左心室的收缩功能

(正常、异常),(伴有、不伴有)局部室壁运动异常(如上所述)。与____年__月__日的检查比较,当前显像结果显示(好转、无变化、加重)。

七、PET-CT 显像报告基本描述要求

(一)明确临床医生申请 PET-CT 检查的目的

1. 肿瘤探测:有无肿瘤的存在。

2. 肿瘤定性:肿瘤的良恶性鉴别。

3. 恶性肿瘤分期:局限/远处转移(TNM 分期)。

4. 治疗方案的选择:根治性/姑息性治疗。

5. 疗效:治疗是否有效?是否需进一步治疗?是否需要改变治疗方案?

6. 肿瘤生物靶区的确定。

7. 其他。

(二)简要记录临床病史及已完成影像学检查结果

(三)检查方法或技术

1. 患者是否空腹及禁食时间。

2. 基础血糖。

3. 放射性显像剂名称、剂量、给药方式和注射至显像的时间。

4. 其他药物用药情况:如静脉内插管、水化物、Foley 氏管(导管大小)、呋塞米(剂量及给药时间)、肌肉松弛药、止痛药、镇静药物(简要描述给药过程、给药时患者状态、与注射放射性药物的时间关系、PET 检查结束时患者的状态)。

5. 检查范围及患者体位:全身、颅底一大腿中部和局部,手的放置部位。

6. CT 透射扫描模式(AC 或诊断性 CT 模式、X 线管电流量 mAs、是否口服或静脉给予对比剂、临床需要的最合适模式)。

7. PET 发射扫描模式:每个床位采集时间、层厚、重建参数等。

(四)PET/CT 影像学所见或讨论部分

1. 明确病变位置、形态、大小、数目、密度、邻近器官和组织的

改变、放射性浓聚程度(计算 SUVmax 和/或 SUVmean,与参照组比照分轻度、中度和重度摄取(正常肝组织 SUV 均值 2.0～3.0、SUV 最大值 3.0～4.0)、范围等,必要时观察非衰减校正图像。

2. 一个完整的 PET-CT 报告应该包括在 CT 扫描上可探测的任何和患者健康有关的异常发现。CT 检查扫描层次较多,观察内容很多,有时不仅有平扫,还有增强,平扫中有不同的窗宽、窗位,即使同一层面还可有不同的窗位进行观察,CT 增强前后的变化等,报告医师不可能也无必要对所观察过的所有内容进行描述。但对于异常表现,要详细描述病变部位、数目、大小、形态、密度、边缘及周围情况。密度用 CT 值表达,病灶强化要指出增强的程度等。

3. 描述的原则是:重要的病变先描述、详细描述,次要的病灶后描述、简要描述,正常的脏器根据情况和检查目的简约描述或略过。

4. 最好插入病变部位的典型图像,并加以标注。

5. 复查者要与其上次 PET－CT 图像比较,比较过程中要注意前后两次的计算 SUV 条件控制。

①前次检查所示病灶大小和代谢活性的变化。②有无新发病灶出现。③延迟显像要与其早期 PET－CT 图像比较:形态、位置、SUV 变化、有无新病灶。④如有既往病史资料和影像报告,本次报告应该包括与既往资料或报告的比较;与过去的诊断性 CT、PET、PET－CT、MRI 等相关临床资料的分析比较,使 PET－CT 检查提供更多有价值的信息。

第七章　护理文书书写要求与格式

护理文书是护士对患者的病情变化、治疗情况和所采取的护理措施等护理工作的全面记录。

第一节　生命体征观察单(体温单)

生命体征观察单(体温单)用于记录住院患者体温、脉搏、呼吸、血压及各种相关数据,为医疗护理提供患者最基本的信息。各医院可根据医院情况选择其中之一。

一、书写内容及要求

1. 眉栏中的信息填写要求:用蓝黑笔填写眉栏中的姓名、入院日期、科别、床号、住院号、住院日期和住院天数。住院日期首页第1天及跨年度第1天需写年、月、日。每页生命体征观察单的第1天及跨月份的第1天需写月、日,其余只填日。生命体征观察单为表格式,内容包括:眉栏各项及患者住院周数、入院日期、住院日数、手术后日数、体温、心率/脉搏、呼吸、血压、疼痛、意识水平、大便次数、SPO_2、CVP等。

2. 住院天数:自入院当日开始计数,直至出院。手术后天数:自手术次日开始计数,连续书写14天,若在14天内进行第2次手术,则在第1次手术日数的后面画一斜线,再填写“Ⅱ”,次日开始计数。例如,术后日数:1　2　3　4　5/Ⅱ　6/1　7/2　8/3。产后天数:自分娩次日开始计数,连续书写14天。

3. 40～42℃之间的记录:应当用红色笔在40～42℃之间纵向填写患者入院、转出、手术、分娩、出院、死亡等。入院、死亡需按24小时制,精确到分钟。转入或搬床后,须在原床号、科室后加(　),并写明新的床号、科室。死亡时间应当以“死亡一某时某分”的方式表述。

4. 新入院体温正常的患者每天测量体温、脉搏、呼吸 2 次(7:00,15:00),连续 3 天,体温正常的患者每天测量体温、脉搏、呼吸 1 次(15:00)。体温达到 37.5℃及以上者、大手术、病危患者每日测体温、脉搏、呼吸 3 次(7:00,15:00,19:00);体温达到 38.5℃及以上者,每 4 小时测体温、脉搏、呼吸 1 次(至少每日 5 次,若 23:00 体温在 38.5℃以下,3:00 可以不测),至体温降至 38.5℃以下连续 3 天者每日测体温、脉搏、呼吸 3 次,恢复正常 3 天后改为每日 1 次。体温达到 38.5℃及以上者须遵医嘱行物理或药物降温。

5. 体温、脉搏、呼吸、血压、疼痛图的绘制

(1)体温曲线的绘制:

①用蓝笔将所测体温绘于体温单上。口温用“●”表示,腋温用“×”表示,肛温用“○”表示,2 次体温之间用蓝线相连。

②物理降温或药物降温 0.5 小时后,所测的体温画在物理降温前的同一纵格内,以红“○”表示,并用红虚线相连,下一次体温应与降温前体温相连。降温后,若体温不降或上升者,可不绘制降温体温,在护理记录中作相应的记录。

③体温不升,低于 35℃者,在 34～35℃之间(生命体征观察单在 35℃处)用蓝笔写“不升”。

④患者由于诊疗活动而外出、拒测等原因未测体温时,在 35℃线以下相应时间栏内用蓝黑笔纵向填写“外出”“拒测”等字样,前后 2 次体温曲线断开不相连,每天最多写 2 次外出(7:00,15:00)。临时外出回病房后一定要补测。

(2)脉搏、心率曲线的绘制:

①脉搏用红“●”表示,两次脉搏之间用红线相连。

②如脉搏与体温重叠,则先画体温,再将脉搏用红圈画于其外。

③脉搏短绌的患者,其心率用红“○”表示,2 次心率之间也用红直线相连,在心率与脉搏曲线之间用红斜线填满。

④使用心脏起搏器的患者,心率应以“Ⓗ”表示,相邻心率用红

线相连。

(3)呼吸曲线的绘制：

①呼吸用蓝“○”表示，2次呼吸之间用蓝直线相连。

②使用呼吸机的患者，呼吸应以“Ⓡ”表示，相邻2次呼吸用蓝线相连。

③如呼吸与体温重叠，则先画体温，再将呼吸用蓝圈画于其外。

(4)疼痛曲线的绘制(各医院根据实际情况执行)：

①疼痛评分用“p”表示，用蓝笔将疼痛评分绘于体温单上，相邻2次疼痛评分之间用蓝线相连。

②重度疼痛处理后复评的疼痛分值以红“○”表示，画在镇痛处理前的同一纵格内，并用红虚线相连，下一次疼痛评分应与疼痛处理前疼痛评分相连。

(5)血压曲线的绘制：收缩压“∧”、舒张压“∨”标示，2次血压之间用蓝线相连。

(6)在体温单绘制图以下栏内用蓝黑笔记录大便次数、尿量、血氧饱和度等，患者无相关检测项目可以不写。项目栏已注明计量单位名称的，只需填数字，不必写单位。

(7)大便次数均于下午测体温时询问，结果记入当天的大便栏内。大便失禁或人造肛门者用“*”表示，灌肠用“E”表示；灌肠后排便一次用“1/E”表示。导尿以“C”表示：保留导尿，需记尿量以量/c记录。

(8)新入院患者使用体温单的首次血压、体重常规记录在体温单相应栏内。医嘱每天测1次血压，则填入上午栏，每天测2次血压，则填入上、下午栏。按医嘱要求每天测量血压3次以上(含3次)者，可在护理记录单上填写。

(9)住院患者每周均需测量体重，记录于当天相应栏内；危重患者或不能下地活动者，应以“卧床”表示。

(10)药物过敏栏：填写过敏反应的药物名称(填写于做过敏试

验的相应日期栏内;若入院评估有过敏史,将药物名称填在入院当天的过敏史栏内),并于每次更换体温单时转写。

(11)出量:24 小时(7:00～次日 7:00)统计总量一次,夜班于次日晨7:00把数字填入前一日栏内。按医嘱要求,记录各种出量。一条引流管记录一栏,引流量用词统一,如“腹腔引流”“胃管引流”“胸腔引流(左)/(右)”“T 管引流”等。

(12)改良早期预警评分(Modified Early Warning Score,简称MEWS)系统,是对发现病情风险的一种评估,以意识、体温、呼吸频率、心率、收缩压组成。意识状态分灵敏(Alert)以 A 表示;对言语有反应(response to verbal)以 V 表示;对疼痛有反应(response to pain)以 P 表示;无反应(unresponsive)以 U 表示,根据评估结果记录相应代号于相应栏内。具体评分详见《生命体征观察单》。

二、格式

1. 生命体征观察单(见表 1)

2. 体温单(见表 2)

第二节　医 嘱 单

医嘱是医师根据患者和病情需要在医疗活动中为诊治患者而下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。详见第三章第二十节医嘱记录。

第三节　住院患者入院护理评估记录单(含四评单)

入院评估单是患者入院后由责任护士书写的第一次护理过程记录,应在本班内评估完毕,一般分通用入院护理评估记录单、产科入院护理评估记录单、儿科入院护理评估记录单、新生儿入院护理评估记录单。凡是办理入院手续的患者都要建立本单。

一、书写内容及要求

1. 入院一般状态评估

(1)判断患者意识状态可采用问诊，通过交谈了解患者的思维、反应、情感、计算力及定向力等方面的情况。

(2)可通过外貌、皮肤、毛发、指甲、皮下脂肪、骨骼、肌肉发育、身高、体重等情况初步判断患者的营养状态。

(3)检查皮肤弹性常取手背上或上臂内侧部位，用食指和拇指将皮肤捏起，再放松时如果皮肤很快复原，表明皮肤的弹性良好；注意检查皮肤颜色有无发红、苍白、黄染、发绀、色素沉着或色素脱失等，并观察异常部位及范围。

(4)入院后由责任护士按《生活自理能力(ADL)评估单》(见本节附件1)评分。

(5)入院后由责任护士按《Braden压疮风险评估单》(见本节附件2)评估患者带入的压疮或院内易发生压疮的分值。

(6)管道滑脱按《管道滑脱危险因素评估单》(见本节附件3)评分。

(7)跌倒坠床按Morse《跌倒/坠床风险评估单》(见本节附件4)评分。

2. 采用表格形式，一律用蓝黑色笔书写，凡栏目有选项的均在评估出的选项上打"√"，若无合适选项，应在其他栏内描述清楚，有横线的地方根据评估结果，填写具体内容，患者不需作评估的项目画"/"。

3. 凡急诊由绿色通道直接送手术的患者，入院评估应在手术室按手术室护理记录单记录。

4. 各项内容须由责任护士亲自与患者交谈、观察、体格检查、查阅报告(实验室及特殊检查项目)取得资料，不应抄袭医师的病历内容，可参与医师病历采集和查房，共同询问病史，与护理有关内容应独立完成。

5. 急诊患者无陪护或神志不清的患者可先填基本资料，待患者能与护士交谈或有陪护再填心理、社会方面内容。

6. 经过评估发现患者的生理、心理、社会问题及其他阳性体征

应制订相应的护理计划，各项评分超过正常值各医院应视情况制订相应的护理计划。护理计划、措施、效果应在护理记录单中有记录。

二、格式

1. 入院护理评估记录单(见表 3)
2. 产科入院护理评估记录单(见表 4)
3. 儿科入院护理评估记录单(见表 5)
4. 新生儿入院护理评估记录单(见表 6)

第四节　住院患者护理记录单

一、内科、外科住院患者护理记录单

根据医嘱下病重、生命体征监测、病情有变化等患者需使用此单。

1. 书写内容及要求

(1)记录一律用蓝黑笔填写。按眉栏内容：科别、姓名、床号、住院号填写。日期每天只填 1 次，由首班填。如记录时间跨日，则在相应栏填写新日期。

(2)项目内容包括日期、时间、生命体征、病情观察、护理措施及效果、护士签名等。

(3)手术前护理记录内容：手术前记录患者心理状态、术前准备情况(备皮、备血、药物过敏试验、清洁灌肠、留置胃管等)、术前健康教育(训练患者床上排尿、深呼吸、有效排痰等)、向患者交代的注意事项、术前用药、特殊病情变化(发热、感冒、月经来潮等)。

(4)手术后记录麻醉方式、手术名称、患者返回病室时间、麻醉清醒状态、生命体征、疼痛评分、伤口情况、术后体位、引流情况、术后医嘱执行情况等，动态观察、记录术后排尿时间、禁食进食时间、引流管拔除时间等。

(5)心脏介入手术根据《心脏介入围手术期护理记录单》填写。

2. 格式

(1)内科住院患者护理记录单(见表 7)

(2)外科住院患者护理记录单(见表 8)

(3)围手术期护理记录单(见表 9)

(4)心脏介入围手术期护理记录单(见表 10)

二、病危患者护理记单

病危患者护理记录是指护士根据医嘱对病危患者护理过程的客观记录。ICU、CCU、NICU 危重患者参照相关专科患者护理记录单。

1. 书写内容及要求

(1)内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、床位号、页码、记录日期和时间、体温、脉搏、呼吸、血压、意识、瞳孔、出入液量等病情观察、治疗、护理措施和效果、护士签名等。

(2)病危患者应每日统计出入量。白班小计出入量(画一蓝横线,小结日间出入量),夜班于次日晨 7:00 总结 24 小时出入量(双蓝横线中出入量),并同时转记到体温单上。不足 24 小时则总结、填写实际小时数出入量。

(3)入量包括每日饮水、食物中的含水量、TEN(胃肠内营养)、输入液量、输血等。口服入液量应使用可计量的容器测量。固体食物须记录其数量,再折算含水量予以记录(记录克数)。

(4)出量包括大、小便量,呕吐量、咯血量、痰量,胃肠减压、腹腔抽出液及各种引流量等。

(5)患者病情稳定医嘱停病危,可改用内科、外科住院患者护理记录单,页码接上续编,并在护理记录结束时注明“下接××护理记录单”字样。

2. 格式

(1)病危患者护理记录单(见表 11)

(2)ICU 患者护理记录单(见表 12)

(3)CCU 患者护理记录单(见表 13)

(4)NICU 患儿护理记录单(见表 14)(使用呼吸机病危患儿护理记录单,见表 15)

第五节　手术护理记录单

一、书写内容及要求

1. 手术护理记录是手术期间对患者的护理记录,由病房护士、手术室巡回护士、麻醉复苏室护士共同书写。

2. 术前交接内容包括:患者基本资料、诊断、手术部位、手术名称及麻醉方式、病历、药品、影像学资料、手术部位/术前准备核查、术前宣教和传染病及感染情况等。

3. 入手术室后,由巡回护士填写患者入室时间、过敏史、有无植入物、意识状态、心理状态等,检查患者带入管道或物品及手术用物评估。

4. 巡回护士、手术医师、麻醉医师在麻醉实施前、手术开始前和患者离室前共同核对并记录手术安全核查表。

5. 术中护理记录包括预防患者低体温措施、体位、电刀和止血带使用情况,完成术中观察巡视项目(手术时间小于 1 小时不填)。

6. 术毕巡回护士应如实记录手术患者基本生命体征、有无气管插管、留置引流管和带回的液体名称和量,以及出室时间等。入复苏室及回病房患者,记录患者意识、皮肤、管道等相关内容。

二、格式

1. 手术护理记录单(见表 16)

2. 介入手术护理记录单(见表 17)

3. 心脏介入手术护理记录单(见表 18)

第六节　产科护理记录单

一、产程观察护理记录单

产程观察记录单是助产士对临产后进入产房待产的产妇在整

个产程中客观与动态的记录。

1. 书写内容及要求

(1)包括产妇生命体征、胎心音变化、子宫收缩情况、宫口大小、胎膜情况、检查方式、胎先露下降情况、羊水情况、体位改变的记录以及病情观察、异常情况的处理等。

(2)宫口开大 3cm 前,30 分钟至 1 小时记录 1 次。肛门、阴道检查后随时记录。宫口开大 3cm,15 分钟至 30 分钟记录 1 次。宫口开全后 5 分钟记录 1 次。

2. 格式

(1)产程观察护理记录单(见表 19)

(2)产程图表(见表 20)

(3)分娩记录表(见表 21)

二、产科住院患者护理记录单

1. 书写内容及要求

(1)护士根据医嘱与护理常规对围生期产妇的护理和处置的记录,包括生命体征、出入量、子宫收缩、切口情况、阴道出血等情况。特殊用药如缩宫素、硫酸镁、白蛋白等需记录。

(2)剖宫产术后按医嘱记录生命体征、宫缩、宫底高度、阴道流血等情况。

2. 格式

产科住院患者护理记录单(见表 22)

三、新生儿护理记录单

1. 书写内容及要求

(1)新生儿护理记录单包括新生儿交接与记录单、新生儿 24 小时护理记录单、新生儿护理记录单。

(2)出生 24 小时内一般 2 小时记录 1 次,大小便均已解者转"新生儿护理记录单"。

(3)新生儿护理记录一般 4 小时记录 1 次,主要记录大小便、呕吐、黄疸、脐渗血等情况,异常情况随时记录。

2. 格式

(1)新生儿交接与记录单(见表 23)

(2)新生儿 24 小时护理记录单(见表 24)

(3)新生儿护理记录单(见表 25)

第七节 专科护理记录单

一、血液透析护理记录单

血液透析护理记录单是指对肾脏功能衰竭等患者在进行血液透析治疗时的原始记录。

1. 书写内容及要求

(1)血液透析记录单应用于所有血液透析患者。

(2)眉栏内容按照患者真实情况填写。科室、姓名、性别、年龄、日期、住院号、诊断、透析次数、床号由护士在透析前填好。

(3)患者体重栏由护士根据患者实际体重填写,体重精确到 0.1kg。

(4)患者情况中水肿、心力衰竭和出血倾向进行勾选,特殊情况在其他栏进行描述。透析方式、透析时间、抗凝方法遵医嘱填写。

(5)患者上机后常规每小时测量 1 次血压、脉搏,记录机温、静脉压、跨膜压、超滤量、肝素用量、钠浓度等。

(6)透析中病情变化、突发状况和临时用药等护士可直接记录在备注栏内并签名。

(7)内瘘穿刺项和下机拔针项进行勾选并签名,若有机器故障标明机型、机号,详细描述原因。

2. 格式

血液透析护理记录单(见表 26)

二、PICC 穿刺记录单

PICC 穿刺记录单用于进行 PICC 导管置入术的患者状况、导管信息及手术过程如实记录。

1. 书写内容及要求

(1)PICC 穿刺记录的内容包括:患者的一般情况资料、导管置入日期、手术者及助手姓名、采用导管类型及规格、置管部位及血管的选择、导管置入长度、外露刻度和臂围的记录、导管穿刺方式的选择、预冲管液的选择及有无麻醉应用、穿刺次数、术中患者主诉以及包扎方式、交代穿刺后注意事项、术后 X 线片拍摄时间及导管尖端位置等其他需记录特殊情况。

(2)如果 B 超辅助穿刺,应该记录静脉直径、皮下深度。

(3)PICC 穿刺记录单反面粘贴导管及改良型塞丁格穿刺套件的条形码,存档备案,方便追踪调查。

2. 格式

PICC 穿刺记录单(见表 27)

三、急诊危重患者抢救护理记录单

1. 书写内容及要求

(1)由抢救室护士负责填写急诊抢救记录。

(2)根据医嘱或每 15～30min 测量生命体征、心电、SPO_2 并观察神志、瞳孔等情况,及时、准确、客观记录。

(3)神志记录为清醒、意识模糊、嗜睡、昏睡、浅昏迷、深昏迷等。

(4)观察瞳孔大小、对光反射、眼部情况等,记录以患者在解剖学位置的方向为准,大小用数字记录,单位为"mm",对光反射存在用"+",对光反射消失用"－",对光反射迟钝用"±"表示。

(5)用药栏内记录药名、给药途径、剂量、滴速等。

(6)病情及抢救措施栏内记录:简要病史、阳性体征、辅助检查结果、抢救护理措施、病情观察及会诊等情况。

(7)转科栏内记录:科别、住院号。

(8)离开抢救室前再次监测:生命体征、SPO_2 并观察神志、瞳孔等情况,如实记录。

2. 格式

急诊危重患者抢救护理记录单(见表 28)

四、患者转运交接单(急诊、危重、一般)

1. 书写内容及要求

(1)由抢救室护士和/或科室转运护士填写转运交接单。

(2)电话通知接收科室并如实记录:告之诊断、性别、年龄、神志、特殊管道及用药、需要准备的急救物品。

(3)一般资料栏内:姓名、性别、年龄、到诊时间、出科时间等。

(4)转运患者栏内:转运方式及携带的急救药械,到接收科室时间。

(5)交接栏内:腕带、输液、管道、皮肤、伤口敷料、患者就诊病历资料等情况并双方确认签名。

2. 格式

患者转运交接单(急诊、危重、一般)(见表29)

第八节　住院患者健康教育评价单

健康教育评价单记录护士对患者实施健康教育、患者对教育知识的掌握情况,以及护士、管理者对健康教育的效果进行评价。根据患者需求分内科住院患者健康教育评价单、外科住院患者健康教育评价单、产科住院患者健康教育评价单、儿科住院患者健康教育评价单。

一、书写要求

1. 住院患者健康教育评价单分项目、教育方式、对象、评价栏,在相应选项内容内打"√"。

2. 日期栏填写月、日,如同日期完成数条宣教内容,只需在第1行和最末行写明日期,中间打双点。如只有2行的宣教内容,必须两行均写上日期。

二、格式

1. 内科住院患者健康教育评价单(见表30)

2. 外科住院患者健康教育评价单(见表31)

3. 产科住院患者健康教育评价单(见表32)

4. 儿科住院患者健康教育评价单(见表33)

表1 生命体征观察单

______医院

生命体征观察单

请标准签或者使用印刷字体

住院号：

姓名：

性别： 年龄：

科室： 床号：

项目	评分	刻度	刻度	评分
日期				
时间				
体温（℃）		41	160	
	2	40	140	
		39	120	
	1			
		38	100	
	0	37	80	
		36	60	
	1			
	2	35	40	
意识水平		无反应		
	2	对疼痛有反应		
	1	对声音有反应		
	0	清醒		
血压（mmHg）	2			
		≥200	≥200	
		190	190	
		180	180	
		170	170	
		160	160	
		150	150	
		140	140	
		130	130	
		120	120	
		110	110	2
		100	100	1
	1	90	90	
		80	80	
	2	70	70	
		60	60	
		50	50	
		40	40	1
		<40	<40	2
呼吸（次/min）		≥30		
	2	21-29		
	1	15-20		
	0	9-14		
	3	≤18		

心率/脉搏（次/min）

MEWS

	上午			下午		
疼10	4	8	12	4	8	12
痛8						
程6						
度4						
2						
预警总得分（[illegible]）						
尿量（ml）						
大便（次）						
SPO_2（%）						
体重（kg）						
药物过敏						
引流量（ml）						

早期预警评分系统(MEWS 评分表)

项目	3	2	1	0	1	2	3
体温(℃)		≤35.0	35.1～36	36.1～38	38.1～38.5	≥38.6	
呼吸(次/分)		≤8		9～14	15～20	21～29	≥30
心率(次/分)		≤40	41～50	51～100	101～110	111～130	>130
收缩压(mmHg)	≤70	70～80	81～100	101～199		≥200	
意识水平				清醒	对声音有反应	对疼痛有反应	无反应

评分<5 分：大多数不需要住院治疗；评分 5～9 分：病情变化危险增大，有“潜在危重病”危险，需住专科病房甚至 ICU；评分>9 分：死亡危险明显增加，需住 ICU 接受治疗。

MEWS 使用范围和方法

使用范围：MEWS 只适用于年龄>14 岁的患者(重症监护病房患者、产科住院患者、终末期患者不适用该评分表)。

评估频率：凡是新入院的患者，入院时评估 1 次，危重患者则每日至少评估 1 次，病情变化随时评估。

使用方法：MEWS 评≥4 分，应立即通知医生，及早采取措施。MEWS 评分>5 分，建议将患者收入专科病房或 ICU。

体温记录						
口温或腋温或皮温	口温用“●”表示，腋温用“×”，肛温用“○”					
脉搏记录						
心跳		红×字形号记录				
脉搏		红圆实点				
血压记录						
收缩压		∧　蓝或黑				
舒张压		∨　蓝或黑				
呼吸记录						
呼吸记录		呼吸数蓝或黑				

数字疼痛分级法(NRS)：此法是由 0～10 共 11 个数字组成，患者用 0～10 这 11 个数字描述疼痛强度，数字越大疼痛程度越来越严重，此法类似于 VAS 法。

VDS 评分	1. 没有疼痛	2. 轻度疼痛	3. 中等疼痛	4. 重度疼痛	
NRS 评分	0	1～3	4～6	7～10	

表 2 ______医院体温单

姓名______ 入院日期______ 科室______ 床号______ 住院号______

日期																																										
住院天数																																										
手术或产后天数																																										
时间	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23
160 41°																																										
70 140 40°																																										
60 120 39°																																										
50 100 38°																																										
40 80 37°																																										
30 60 36°																																										
呼吸 脉搏 体温																																										
疼痛程度 10																																										
8																																										
6																																										
4																																										
2																																										
0																																										
大便次数																																										
尿量(ml)																																										
入量(ml)																																										
血压(mmHg)																																										
体重(Kg)																																										
药物过敏																																										

表 3　入院护理评估记录单

姓名：　　　性别：　　　年龄：　　　病区：　　　床号：　　　住院号：

一、一般资料

家庭社会情况：民族_____　职业_____　文化程度_____　婚姻状况：未婚　已婚　离婚

联系地址____________________　　联系人及电话__________

入院日期_____年_____月_____日_____时_____　入院方式：步行　轮椅　平车　其他：_____

入院原因____

入院诊断____

既 往 史：高血压　心脏病　糖尿病　脑血管病　手术史　精神病　其他：__________________

过 敏 史：无　　有　　药物　　食物_______　　其他：______________________

二、护理评估

T _____℃　P _____次/分　R _____次/分　BP _____/_____mmHg　体重_____kg

神　　志：清楚　嗜睡　意识模糊　昏睡　浅昏迷　深昏迷　痴呆

表　　情：正常　淡漠　痛苦　紧张

情　　绪：稳定　烦躁　紧张　恐惧　焦虑　抑郁　绝望

视　　力：正常　视力缺失　失明　其他_______

听　　力：正常　重听　失聪　　其他_______

沟通能力：正常　低下　无法沟通

沟通方式：语言　文字　手势　代诉

理解能力：良好　一般　差

口腔粘膜：正常　充血　破损　霉菌感染　溃疡

义　　齿：无　有

皮　　肤：正常　水肿　黄疸　苍白　发绀　皮疹　淤斑　搔痒

　　　　压　　疮：无　　有　　部位_____　分期_____　范围_____

四　　肢：正常　偏瘫　功能障碍　下肢水肿　　其他_____

排泄情况：小便：正常　失禁　尿频　尿少　尿急　尿痛　尿潴留　尿管　造口　其他_____

　　　　大便：正常　失禁　便秘　黑便　造口

　　　　腹泻：_____次/日　其他_____

ADL 评分：_____分　Braden 评分：_____分　Morse：_____分　管道滑脱评分：_____分

体　　型：正常　肥胖　消瘦　恶液质

饮　　食：正常：咸、甜、辛辣、油腻、清淡、其他_______，忌食_______

　　　　异常：食欲不振　吞咽困难　咀嚼困难　恶心　呕吐

生活习惯：吸烟：否　是_____支/天　饮酒：否　是_____两/天

　　　　睡眠：正常　入睡困难　多梦　易醒，每日睡眠_____小时

　　　　药物辅助睡眠：无　有　药品_____

家属态度：关心　不关心　过于关心　无人照顾　不配合

三、入院宣教

床位医生　责任护士　病房环境　病房制度　探视规定及时间　安全指导　膳食安排　心理疏导

禁止擅自外出　腕带佩戴　其他_______

四、护理计划

____

____

评估时间：　　　　　　　　　　护士签名：

附 1:　　　生活自理能力(ADL)评估单(Barthel 指数)

姓名:　　　性别:　　　年龄:　　　床号:　　　诊断:　　　住院号:

项目	评分标准				评估日期		
日常活动项目	独立	部分独立或需要部分帮助	需要大帮助	完全依赖			
进餐	□ 10	□ 5	□ 0				
洗澡	□ 5	□ 0					
修饰(洗脸、刷牙、刮脸、梳头)	□ 5	□ 0					
穿衣(包括系鞋带等)	□10	□ 5	□ 0				
可控制大便	□10	□ 5(每周小于1次失控)	□0(失控)				
可控制小便	□10	□ 5(每 24h 小于1次失控)	□0(失控)				
用厕(包括擦净、整理衣裤、冲水)	□10	□ 5	□ 0				
床旁椅转移	□15	□10	□ 5	□ 0			
平地行走 45m	□15	□10	□ 5	□ 0			
上下楼梯	□10	□ 5	□ 0				

总得分:　　　　　　　　　　　　　　　　评估人:

(日常生活功能评估:如果总分<60 分,需要协助完成日常生活。)

附 2： Braden 压疮风险评分单

评分内容	1分	2分	3分	4分	得分
感觉：对压迫有关的不适感受能力	完全丧失	严重丧失	轻度丧失	未受损	
潮湿：皮肤暴露于潮湿的程度	持久潮湿	十分潮湿	偶尔潮湿	很少发生潮湿	
活动：身体活动程度	卧床不起	局限于椅上	偶尔步行	经常步行	
活动能力改变和控制体位的能力	完全不能	严重限制	轻度限制	不受限	
营养：通常摄食状况	恶劣	不足	适当	良好	
摩擦力和剪切力	有	有潜在危险	无		
合计得分					

基础疾病： 患者及家属依从性：配合 不配合

护理措施：翻身床治 q2h 翻身 保持皮肤清洁干爽 营养支持 伤口换药
定期评估压疮危险因素及皮肤动态变化 局部减压 敷贴应用 啫喱垫使用
知识宣教

其他：

填报人： 填报日期：

Braden 压疮风险动态评估记录

日期	感觉	潮湿	活动	活动能力改变控制体位能力	营养	摩擦力剪切力	得分	院外带入压疮	不可避免压疮				签名
									发生	程度	部位	情况	

附 3：管道滑脱危险因素评估单

病区：　　床号：　　姓名：　　性别：　　年龄：　　住院号：　　诊断：

	项目	危险因素	分值	评分	总分
危险因素评估	Ⅰ类导管	胸管、T 管、口鼻插管、动脉置管、气管切开管、脑室引流管、关节腔引流	3 分		
	Ⅱ类导管	双套管、深静脉置管、三腔管、造瘘管、一次性负压引流管	2 分		
	Ⅲ类导管	导尿管、胃管、输液管、吸氧管	2 分		
	意识	轻度烦躁 2 分；意识不清 2 分；中度烦躁 3 分；重度烦躁 5 分	2～5 分		
	其他	幼儿	5 分		
		呃逆、呛咳	2 分		
		肥胖(颈部短)	2 分		

(评分总分≥13 分，为管道滑脱高危人群，得分越高风险越大，需执行相关的防护措施。)

护理措施：□妥善固定各管道　□躁动的患者给以适当的约束(肢体约束情况：□上肢　□下肢　□躯干)　□镇静镇痛　□给予心理疏导和宣教，指导患者及家属保护好管道　□班班交接管道的位置、刻度

其他措施：

护士签名：

住院期间是否发生管道滑脱：		是(是请填写以下内容)		
发生日期时间：	当班人姓名：	身份：	职称：	管道名称：

发生过程描述：

科室处理及改进措施：

护理部追踪评价：

评价日期：　　签名：

管道滑脱危险因素动态评估记录

日期	时间	Ⅰ类导管	Ⅱ类导管	Ⅲ类导管	意识	其他	得分	备注	签名

附4：

Morse跌倒/坠床风险评估单

报告日期：　　病区：　　事件种类：　　填表人：

患者信息	床号	姓名	年龄	性别	住院号	诊断

Morse跌倒评估量表：

1. 跌倒史(近3个月内有发生)　①否(0分)　②是(25分)
2. 超过一个医学诊断　①否(0分)　②是(25分)
3. 行走辅助　①卧床休息/需要护士照顾(0分)　②使用拐杖、手杖、助行器(15分)
4. 静脉输液中/使用静脉留置针　①否(0分)　②是25分
5. 步态　①正常/卧床/不能活动(0分)　②双下肢虚弱无力(10分)　③残疾或功能障碍(20分)
6. 认知状态　①认知正常(0分)　②高估自己活动能力或忘记自己受限制(15分)
7. 使用降压药、镇静药等特殊药物或麻醉反应　①否　②是
8. 环境因素　地面湿滑、地面不平、地面有障碍、光线昏暗

总分______分(评分总分>45分，为跌倒高危患者，得分越高风险越大，需执行相关的防护措施)

护理措施：指导患者穿防滑的鞋子，衣裤长短合适，有事按呼叫铃，告知特殊用药注意事项，床头放置警示牌，加强巡视，及时提供帮助，将常用物品放于患者易取处，加床栏，留陪客1人，如厕、洗澡、外出检查时需专人陪护，保持地面干燥，照明光线适宜，建立交接班提示本，班班交接。

其他措施：

护士签名：

住院期间是否发生跌倒：是　否(是请填写以下内容)

发生日期时间：　　当班人姓名：　　身份：　　职称：

发生过程描述：

跌倒伤害严重度分级：

0级：无变化。

Ⅰ级：只需观察的伤害如擦伤、挫伤等。

Ⅱ级：需冰敷、包扎、缝合或夹板等治疗和护理的伤害如扭伤、大或深的撕裂伤等。

Ⅲ级：严重影响患者疗程及造成住院天数延长的跌倒伤害如骨折、意识丧失、颅内出血等。

科室处理及改进措施：

护理部跟踪评价：

评价日期：　　签名：

Morse跌倒/坠床风险动态评估

日期/时间	评分	风险(好转/恶化/二次跌倒)说明	备注	签名

表 4　产科入院护理评估记录单

姓名：　　　　年龄：　　　　科别：　　　　床号：　　　　住院号：

一、一般资料

职业_______　　文化程度_______　　婚姻状况_______

联系地址____________________　　联系人及电话____________________

入院日期________________　入院时间________________　入院方式_______/_______

入院原因____

入院诊断____

二、护理评估

T _____℃　P _____次/分　R _____次/分　BP _____mmHg　体重_______kg

神志_______　　语言能力：_______　　皮肤：_______

情绪状态：_______　　自理能力：_______

既往史：____

其他：____

过敏史：_______　药物：_______　食物：_______　其他：_______

三、专科情况

孕产史　孕_____次　产_____次　人流_____次　母乳喂养知识_____

末次月经_______　预产期_______

孕期出血_______　描述_______　　孕期用药_______　　描述_______

胎位_______　　胎心_______次/分　胎动_______　　胎动异常描述_______

胎膜_______　　阴道出血_______　宫缩_______　　宫缩规律_______

乳房发育_______　其他_______

水肿情况_______　尿蛋白_______　尿糖_______

四、入院宣教

入院宣教　□床位医生　□责任护士　□病房环境　□病房制度

　　　　　□探视规定及时间　□膳食安排　□心理疏导

其他____

五、护理计划

____

____

评估时间：　　　　　　　　　　护士签名：

表 5　儿科入院护理评估记录单

姓名：　　性别：　　年龄：　　科别(病区)：　　床号：　　住院号：

一、一般资料

家庭社会情况：民族________　文化程度________　病史陈述者(与患儿关系)________

入院时间______年______月______日______时　告知医师时间________

联系地址________________________　联系人及电话____________

入院方式：步行　轮椅　平车　抱入　其他________

入院原因____

入院诊断____

电　　话____________　地址______________

既 往 史____

过 敏 史：无　有　药物________　食物________　其他________

二、护理评估

T ______℃　P ______次/分　R ______次/分　BP ______mmHg　体重______kg

神　　志：清楚　激惹　嗜睡　昏睡　浅昏迷　深昏迷

情绪状态：稳定　紧张　恐惧　抑郁　烦躁　哭闹　其他________

语言能力：正常　沟通障碍　发育未成熟　失语

囟　　门：已闭　未闭　平坦　凹陷　隆起

口　　唇：正常　破损　其他________

口腔粘膜：完整　鹅口疮　溃疡　疱疹　其他________

皮　　肤：完整　黄染　水肿　苍白　发绀　臀红　破损　淤斑　皮疹　其他________

四　　肢：正常　偏瘫　功能障碍　下肢水肿

排泄情况：小便：正常　失禁　尿频　尿少　尿急　尿痛　血尿　蛋白尿　尿潴留　保留尿管

人工瘘管　其他

大便：正常　失禁　便秘　便血　肠痔瘘　腹泻　其他________

ADL 评分：______分　Braden－Q 评分：______分　跌倒坠床评分：______分

管道滑脱评分：______分

生活习惯：饮食：母乳喂养　人工喂养　混合喂养　普食　低盐低脂低优质蛋白饮食

其他________

睡眠：正常　易醒　盗汗

家属态度：关心　不关心　过于关心　配合　不配合

三、入院宣教

床位医生　责任护士　病房环境　病房制度　心理疏导　安全指导　饮食(喂养)指导　检查告知

其他________

四、护理计划

____

____

评估时间：　　　　护士签名：

儿童压疮风险评估单

病区：　　床号：　　姓名：　　性别：　　年龄：　　住院号：

入院时间：　　压疮性质：　　诊断：

压疮风险评分表

<table>
<tr><td rowspan="9">危险因素评估</td><td colspan="2">项　目</td><td>危 险 因 素</td><td>评分</td><td>总分</td></tr>
<tr><td rowspan="3">压迫强度和时间</td><td>移动度</td><td>完全受限 1 分;严重受限 2 分;轻度受限 3 分;无受限 4 分</td><td></td><td rowspan="8"></td></tr>
<tr><td>活动度</td><td>限制卧床 1 分;限制坐椅 2 分;偶尔步行 3 分;能自行走动,年龄过小、不能步行均为 4 分</td><td></td></tr>
<tr><td>感知觉</td><td>完全受限 1 分;严重受限 2 分;轻度受限 3 分;无受限 4 分</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">皮肤和组织对压力的耐受性</td><td>浸 渍</td><td>持续潮湿 1 分 ;很潮湿 2 分;偶尔潮湿 3 分;很少潮湿 4 分</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">摩擦力剪切力</td><td>存在严重问题 1 分;存在问题 2 分</td><td></td></tr>
<tr><td>存在潜在问题 3 分;无明显问题 4 分</td><td></td></tr>
<tr><td>营养</td><td>极度贫乏 1 分;贫乏 2 分;正常 3 分;良好 4 分</td><td></td></tr>
<tr><td>组织灌注与氧合</td><td>极度不足 1 分;不足 2 分;正常 3 分;良好 4 分</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">措施及落实情况</td><td>护 理 措 施</td><td>选　　项</td><td>其他措施</td></tr>
<tr><td>给予压疮相关因素健康教育
床单位清洁干燥
保持皮肤清洁干燥
局部减压
气垫床
局部敷贴应用
营养支持
落实护理记录,严格交接班
其他</td><td></td><td></td></tr>
</table>

备注：

1. 总分≤17 分为高危人群,即启动预防预案和措施,责任护士动态评估,直至高危因素解除、转科、出院、死亡。

2. 如发生,按流程上报护理部;科室组织相关人员讨论发生原因并提出防范措施,预防再次发生,有记录。

填报人：　　　　填报时间：

表 6　新生儿入院护理评估记录单

姓名：　　　性别：　　　年龄：　　　科别：　　　床号：　　　住院号：

家长姓名：　　　病史陈述者(与患者关系)：　　　联系电话：

入院时间：　　年　　月　　日　　时　收集资料时间：

入院原因____

入院诊断____

生产方式：顺产　助产　剖宫产　其他________

喂养方式：母乳　配方奶　混合喂养

新生儿个人史：第_____胎_____产　足月　早产(　　)周

过期(　　)周　双胎

体检：T _____℃　P _____次/分　R _____次/分　体重_____千克

头围_____cm　身长_____cm

意识状态：清醒　激惹　嗜睡　迟钝　昏睡　昏迷

哭声：正常　尖叫　微弱

肢体活动：正常　抽搐

肌张力：正常　高　低

反射活动：1. 拥抱：存在　无　2. 觅食：存在　无　3. 吸吮：存在　无

4. 吞咽：存在　无　5. 握持：存在　无

面色：正常　潮红　灰暗　苍白　黄染　发绀　其他________

口腔粘膜：正常　破溃　鹅口疮

皮肤：正常　潮红　干燥　苍白　发绀　黄染(轻、中、重)　水肿

出血点　皮疹

呼吸：正常　稍促　困难　不规则　其他______

消化系统：正常　胎粪　腹胀　腹泻　呕吐　便秘　便血

脐带：未落　已落

脐周：干燥　红肿　其他______

专科情况____

____

护理措施____

____

身份确认　护士 1：________　签名：________

护士 2：________　签名：________

年　　月　　日

新生儿皮肤风险评估单

住院号：　床号：　姓名：　性别：　日龄：　入院时间：

诊断：　上报时间：

一般情况	□4 胎龄<28 周	□3 胎龄>28 周 胎龄<33 周	□2 胎龄>33 周 胎龄<38 周	□1 胎龄<38 周
意识状态	□4 完全受限 由于意识减弱或处于镇静状态对疼痛反应迟钝（没有退缩、抓、呻吟、血压升高或心率升高）	□3 严重受限 仅对疼痛刺激有反应（退缩、抓、呻吟、血压升高或心率升高）	□2 轻度受限 昏睡	□1 不受限 警觉的和活跃的
移动	□4 完全受限 没有辅助下身体或肢体完全不能移动	□3 严重受限 身体或肢体位置偶尔轻微的改变，但不能独自频繁改变	□2 轻度受限 能独自频繁但只能轻微的改变身体或肢体位置	□1 不受限 没有辅助下能频繁的改变位置（如转头）
活动	□4 完全受限 在辐射台上使用透明塑料薄膜	□3 严重受限 在辐射台上不使用透明塑料薄膜	□2 轻度受限 在暖箱里	□1 不受限 在婴儿床上
营养	□4 完全受限 禁食需静脉输液	□3 严重受限 少于满足生长需要的奶量（母乳/配方奶）	□2 轻度受限 管饲喂养能满足生长需要	□1 不受限 每餐奶瓶/母乳喂养能满足生长需要
潮湿	□4 完全受限 每次移动或翻身，皮肤都是潮湿的	□3 严重受限 皮肤时常潮湿但不总是潮湿，每班至少更换 1 次床单	□2 轻度受限 皮肤偶尔潮湿，每天需加换 1 次床单	□1 不受限 皮肤通常是干燥的，床单只需 24 小时更换 1 次

总分：________分

皮肤风险评估—总分≥13 分，建议防范措施如下：

(1)每日进行从头到脚的皮肤风险评估。

(2)保持床单位清洁、平整、干燥、柔软(可垫水袋、海绵垫等)。

(3)每 4 小时更换体位 1 次(必要时可增加)，增强患儿营养。

(4)活动受限、高度水肿患儿需抬高双足，间歇性还原。

(5)确保各管道、导线、注射器、针头及针帽等不要压在患儿身下及放置在皮肤上。

(6)经鼻置胃管或经口置胃管患儿，使用 3M 粘着性棉布伸缩胶带固定，保护胶布周围皮肤。

(7)持续气道正压通气患儿，应用水胶体敷料保护受压皮肤，密切观察鼻孔、鼻中隔及额颞部受压皮肤。

(8)气管插管患儿，使用水胶体敷料保护面颊部胶布粘着处皮肤。

(9)保持静脉输液通畅，避免静脉输液装置引起皮肤受压(妥善固定针柄)。

(10)使用固定带时，松紧适宜(1～2 个手指空间)。去除粘性物时动作轻柔，必要时温水湿润。

(11)护士严格交接班并记录。

(12)一旦发生压疮，立即采取相应措施，上报护理部。

(13)伤口的清洗：使用灭菌用水，水的温度需接近患儿体温；生理盐水应加灭菌用水 1∶1 稀释，用注射器缓慢冲洗。避免用消毒液消毒压疮伤口；无感染伤口应用水胶体敷料及透明敷料；感染伤口可以用水胶体敷料联合抗菌或抗真菌药膏。在辐射台上应 6～8 小时更换敷料，避免敷料干燥。

(14)其他

评估者签名：

表 7　内科住院患者护理记录单

科室/病区：　　　　床号：　　　　姓名：　　　　住院号：　　　　诊断：　　　第____页

日期/时间	T ℃	P 次/分	R 次/分	BP mmHg	疼痛 分	SPO_2 %	吸氧		吸痰/其他措施	静脉置管		其他	病情变化及措施	签名
							流量	方式		名称	护理			

静脉置管：1. 中心静脉（a 颈内，b 锁骨下，c 股静脉）；2. 外周；3. PICC；4. ________ ；

管道：1. 导尿管；2. 胃管；3. T 管；4. 伤口引流管；5. 胸引管；6. 气管插管；7. 气切套管；
8. PTCD 管；9. 鼻肠管；10. 鼻胆管

表 8　外科住院患者护理记录单

科室/病区：　　床号：　　姓名：　　住院号：　　诊断：　　第____页

日期/时间	T ℃	P 次/分	R 次/分	BP mmHg	疼痛 分	SPO_2 %	伤口	静脉置管		管道			其他	病情变化及措施	签名
								名称	护理	名称	性状	量(ml)			

静脉置管：1. 中心静脉(a 颈内，b 锁骨下，c 股静脉)；2. 外周；3. PICC；4. ________；

管道：1. 导尿管；2. 胃管；3. T 管；4. 伤口引流管；5. 胸引管；6. 气管插管；7. 气切套管；
8. PTCD 管；9. 鼻肠管；10. 鼻胆管。

表 9　围手术期护理记录单

科室：　　床号：　　姓名：　　年龄：　　性别：　　住院号：

入院日期：　　入院诊断：

手术日期：　　手术名称：

术前护理：

术前手术、麻醉相关知识宣教：

术后配合：

当日生命体征：

T______℃　P______次/分　R______次/分　BP______mmHg　体重______kg

术前准备：

腕带：□有　□无

手术部位标记：□有　□无

备皮：□有　□无

沐浴：□是　□否

更换手术衣：□是　□否

肠道清洁：□是　□否

膀胱排空：□是　□否

去除假牙、首饰：□是　□否

放置鼻胃管：□有　□无

放置导尿管：□有　□无

备血情况：□有　□无

实验室检查单：□有　□无

手术征求意见单签：□有　□无

手术室接患者时间：　　病房护士签名：

术后护理：

日期/时间	T ℃	P 次/分	R 次/分	BP mmHg	SPO_2 %	伤口	静脉置管		管道			其他	病情变化及措施	签名
							名称	护理	名称	性状	量(ml)			

表10　心脏介入围手术期护理记录单

科室/病区：　　　　床号：　　　　姓名：　　　　性别：　　　　住院号：
诊断：

手术前：
当日生命体征：
术前宣教：□是　□否
备皮：□是　□否
检查化验单齐全：□是　□否
排空膀胱：□是　□否
静脉通道部位：
抗生素皮试：
心理状态：
手术方法：
接患者时间：
病房护士签名：

手术后：
止血带压迫时间：______小时______从______至

日期/时间	T ℃	HR 次/分	R 次/分	BP mmHg	切口敷料情况	末梢循环	特殊用药	病情变化及措施	签名

表 11　病危患者护理记录单

科室/病区：　　　　床号：　　　　姓名：　　　　住院号：　　　　诊断：　　　　第______页

日期/时间	体温℃	心率次/分	呼吸次/分	血压mmHg	疼痛分	SPO_2 %	神志	瞳孔		吸痰/雾化	吸氧		伤口渗出/量	静脉置管		管道名称	治疗泵	入量(ml)		出量(ml)		晨间护理	晚间护理	护理指导	皮肤	体位	排泄护理	约束	通知医生	签名	日期/时间	病情变化及护理措施	签名
								大小(mm)	反射		方式	流量L/min		名称	护理			用药/ml	其他/ml	尿	其他/ml												
								左/右	左/右																								
								/	/	/			/																				
								/	/	/			/																				
								/	/	/			/																				
								/	/	/			/																				
								/	/	/			/																				

说明：

神志：1. 清醒；2. 嗜睡；3. 意识模糊；4. 昏睡；5. 浅昏迷；6 深昏迷。

瞳孔反射：1. 灵敏；2. 迟钝；3. 消失。

吸氧方式：1. 鼻塞；2. 面罩；3. 鼻导管；4. 气管插管；5. 气管切开；6. ________。

伤口渗出：以"√"示渗出。

静脉置管：1. 外周；2. 中心静脉；3. PICC；4. ________；5. ________。

管道名称：1. 导尿管；2. 胃管；3. T 管；4. 伤口引流管；5. 胸引管；6. 气管插管；7. 气切套管；8. PTCD 管；9. 鼻肠管；10. 鼻胆管。

治疗泵：1. 静脉药物治疗泵；2. 胃肠营养泵；3. 镇痛泵。

晨间护理：1. 口腔护理；2. 面部清洁、梳头；3. 会阴护理；4. 床上洗头；5. 床上擦浴；6. 足部清洁；7. 趾/指甲护理；8. 床单元；9. 更衣裤；10. 协助进食水。

晚间护理：1. 口腔护理；2. 面部清洁、梳头；3. 会阴护理；4. 床上洗头；5. 床上擦浴；6. 足部清洁；7. 趾/指甲护理；8. 床单元；9. 更衣裤；10. 协助进食水。

护理指导：1. 饮食；2. 药物；3. 特殊检查；4. 术前指导；5. 术后指导；6. 康复指导；7. 心理疏导。

皮肤：1. 皮肤完整(护理措施：a. 气垫床 b. 温水擦浴 c. 保护膜应用)；2. 皮肤不完整(措施：a. 贴膜 b. 伤口处理)(压疮评估见评估表)

排泄护理：1. 床上使用便器；2. 失禁护理。

表 12 ICU 患者护理记录单

床号：　　　　姓名：　　　　住院号：　　　　诊断：　　　　　　　　　　　　　　第_____页

日期	时间	神志	格拉斯哥评分	瞳孔		基本生命体征					CVP	人工气道方式	插管深度cm	机械通气					呼吸音	吸氧方式/浓度%	入量ml	出量(ml)		管道						护理											时间	病情观察及分析
				大小	反射	体温	心率	呼吸	血压	SPO₂				模式	氧浓度%	潮气量ml	频率次bmp	PEEP				尿	其他	引流管 名称/刻度	引流管 挤压/通畅	引流管 更换	静脉 颜色/量ml	静脉 名称/刻度	静脉 护理/通畅	气切换药	雾化/吸痰	痰色/量	口腔/会阴	床上擦浴	约束部位	约束部位情况	拍背/振动排痰	皮肤护理	体位	其他		
				左/右	左/右	℃	bmp	bmp	mmHg	%	cmH_2O								左/右																							
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				
				/	/														/	/				/	/		/	/	/		/	/	/				/	/				

备注：

神志：1. 清醒；2. 嗜睡；3. 意识模糊；4. 昏睡；5. 浅昏迷；6. 深昏迷。

瞳孔反射：1. 灵敏；2. 迟钝；3. 无。

人工气道方式：1. 经口插管；2. 气管切开；3. 鼻插管；4. 面罩。

吸氧方式：1. 鼻塞；2. 鼻导管；3. 面罩；4. 气管插管；5. 气切导管。

呼吸音：用√表示清晰 1. 上低；2. 下低；3. 上痰鸣音；4. 下痰鸣音；5 其他。

静脉导管：1. 外周；2. 中心静脉（a 颈内 b 锁骨下 c 股静脉）；3. PICC。

管道：1. 尿管；2. 普通胃管；3. 鼻肠管；4. T 管；5. 切口引流管；6. 胸引管；7. 腹腔引流管；8. 其他 通畅用√

引流液颜色：1. 血性；2. 褐色；3. 黄色；4. 其他。

痰色：1. 白粘痰；2. 黄脓痰；3. 稀薄粘痰；4. 血性痰；5. 粘痰略带血性。

痰量：1. 少量；2. 中等；3. 大量 。

约束末梢循环：1. 良好；2. 水肿；3. 青紫；4. 其他。

其他护理项目：1. 洗头；2. 换床单；3. 换尿垫；4. 换衣裤；5. 协助进食水；6. 面部清洁和梳头；7. 足部清洁；8. 趾/指甲护理。

约束部位：1. 上肢；2. 下肢；3. 上下肢；4. 胸部。

皮肤：用√完好，有问题请在病情中具体描述 皮肤护理：1. 气垫床；2. 翻身 q2h；3. 局部皮肤换药（压疮评估见评估表）。

表 13　CCU 患者护理记录单

科室/病区：　　床号：　　姓名：　　住院号：　　诊断：　　第______页

日期/时间	体温℃	HR/P	R	BP	SPO_2 %	吸氧流量 L/min	心电监护		静脉置管		管道		用药	晨间护理	晚间护理	护理指导	皮肤	体位	排泄护理	约束	签名	日期/时间	病情变化及护理措施（含异常化验结果）	通知医生
							窦性	正常	名称	护理	名称	护理												
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																
							/	/																

表 14　NICU 患儿护理记录单

科室/病区：　　床号：　　姓名：　　性别：　　住院号：　　日龄：　　目前体重：　　主要诊断：　　第____页

日期/时间	身份确认	暖箱温度℃	生命体征				神志	囟门	入量(ml)	出量(ml)						吸痰(ml)	吸氧			SPO_2 %	护理	皮肤	体位	签名	日期/时间	呼吸暂停心率减慢		病情变化及措施	签名
										出量(ml)																			
			体温℃	心率次/分	呼吸次/分	血压 mmHg			经口/鼻饲	尿	大便量/性状	总量	总量	潴留/呕吐	引流/量	经口鼻/气管插管	吸氧方式	氧流量L/分	FiO_2 %							心率(次/分)/呼吸暂停	SPO_2 %		
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															

NICU 患儿护理记录单(背面)

静脉置管:1. 外周(　　);2. 腋静脉(　　);3. PICC(　　);4. 其他

日期/时间	静脉用药						备注	签名

日期/时间	静脉用药						雾化	口服用药	签名

时间	入量(ml)	出量(ml)	余量(ml)	签名
19:00 小计				
7:00 总计				

记录说明

神志	囟门	大便	引流	护理	皮肤	体位
1. 清醒	1. 平坦	1. 胎粪	1. 胃肠引流	1. a 沐浴	1. 正常(护理措施:清洁、保护处理)	1. 仰卧位
2. 激惹	2. 凹陷	2. 黄糊	2. 胸腔引流	b 擦浴	2. 异常(a. 皮疹 b. 出血点 c. 破损)	2. 俯卧位
3. 嗜睡	3. 隆起	3. 黄软		2. 眼部		3. 半卧位
4. 迟钝		4. 稀水便		3. 口腔		4. 左侧半卧位
5. 昏睡		5. 不消化便		4. 脐部		5. 右侧半卧位
6. 昏迷		6. 草绿色		5. 会阴		6. 去枕平卧位
		7. 过渡便		6. 臀部(护理措施:清洁、暴露、外用药、贴膜)		
		8. 黄稀糊便		7. 抚触		
				8. 非营养性吸吮		
				9. 头部制动		
				10. 翻身拍背		

说明:静脉用药应每小时记录:静脉输液药物应记录输液速度(ml/h);执行以“√”表示,输液完了以“结束”表法,输液未完以“停止”表法,并备注说明。

表 15　NICU 使用呼吸机病危患儿护理记录单

科室/病区：　床号：　姓名：　性别：　住院号：　日龄：　目前体重：　主要诊断：　第____页

日期/时间	身份确认	暖箱温度℃	生命体征				神志	囟门	入量(ml)	出量(ml)						吸痰(ml)	机械通气			SPO_2%	护理	皮肤	体位	签名	日期/时间	呼吸暂停心率减慢		病情变化及措施	签名
			体温℃	心率次/分	呼吸次/分	血压mmHg			经口/鼻饲	出量(ml)			总量	潴留/呕吐	引流/量	经口鼻/气管插管	插管深度cm	FiO_2%	CPAP/f							心率(次/分)/呼吸暂停	SPO_2%		
										尿	大便量/性状	总量																	
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															
						/			/	/		/	/	/															

NICU 使用呼吸机病危患儿护理记录单(背面)

静脉置管：1. 外周(　　)；2. 腋静脉(　　)；3. PICC(　　)；4. 其他								
日期/时间	静脉用药						备注	签名

日期/时间	静脉用药						雾化	口服用药	签名

时间	入量(ml)	出量(ml)	余量(ml)	签名
19:00 小计				
7:00 总计				

记录说明

神志	囟门	大便	引流	护理	皮肤	体位
1. 清醒	1. 平坦	1. 胎粪	1. 胃肠引流	1. a 沐浴	1. 正常(护理措施：清洁、保护处理)	1. 仰卧位
2. 激惹	2. 凹陷	2. 黄糊	2. 胸腔引流	b 擦浴	2. 异常(a. 皮疹 b. 出血点 c. 破损)	2. 俯卧位
3. 嗜睡	3. 隆起	3. 黄软		2. 眼部		3. 半卧位
4. 迟钝	4. 稀水便		3. 口腔			4. 左侧半卧位
5. 昏睡	5. 不消化便		4. 脐部			5. 右侧半卧位
6. 昏迷	6. 草绿色		5. 会阴			6. 去枕平卧位
	7. 过渡便		6. 臀部(护理措施：清洁、暴露、外用药、贴膜)			
	8. 黄稀糊便		7. 抚触			
			8. 非营养性吸允			
			9. 头部制动			
			10. 翻身拍背			

说明：静脉用药应每小时记录；静脉输液药物应记录输液速度(ml/h)；执行以"√"表示，输液完了以"结束"表法，输液未完以"停止"表法，并备注说明。

表16　手术护理记录单

手术日期______

姓名_____　病区_____　床号_____　住院号_____　年龄_____　性别_____

手术间_____第_____　台手术部位______

术前诊断________　手术名称________　麻醉方式______

1. 病区护士与手术室护士术前交接记录

(1)病历□

(2)药品　无□　有□　名称与数量______

(3)影像学资料□　共_____张

(4)患者核对□

(5)手术部位核对□

(6)核查术前准备项目:禁食水□　入室前排尿□　备皮□　家属同意签字□　去除首饰及隐形眼镜、假牙等物品□　术前用药有□　无□　月经来潮有□　无□　发热有□　无□　咳嗽有□　无□　松动牙有□　无□

(7)术前宣教:麻醉相关知识□　手术相关知识□　(麻醉及手术方式、体位、术中可能出现的不适)

(8)传染病及感染情况:乙肝相关:阴性□　阳性□;HIV:阴性□　阳性□　其他_____

病房护士______　手术室护士______　交接时间______

2. 手术患者术前入室核对评估　入室时间______急诊□　慢诊□　手术间确认□

(1)根据(通知单□　病历□　腕带□)与患者□　或家属□　核对:姓名□　手术名称□　手术部位□

(2)患者所知的过敏史有□　无□　既往手术史有□　无□　慢性病史有□　无□

(3)体内植入物:义眼□　心脏起搏器□　人工瓣膜(金属)□　假肢□　钢板□　助听器□　其他□_____

(4)意识状态:清醒□　嗜睡□　躁动□　昏迷□　其他□_____

(5)心理状态:平静、稳定□　紧张□　焦虑□　恐惧□　悲哀□　压抑□

(8)皮肤粘膜:正常□　破损□(部位:______　性质:______)

(9)四肢活动:正常□　异常□(部位:______　性质:瘫痪□　畸形□　其他□_____)

(10)肢体感觉:正常□　异常□(部位:_____)

(11)手术患者压疮危险因素评分:_____分(对于年龄＞50岁、手术时间＞3h、体重＞180kg或＜35kg、特殊体位等手术患者必须进行评估)见《手术室患者压疮危险因素评分表》

(12)各种管道:无□　有□　胃管□　尿管□　胸引管□　腹腔引流管□　输液管□　部位_____　其他_____(通畅□　固定□　堵塞□　松动□)

(13)病房带来物品:摄片　无□　有□_____张　药物　无□　有□名称_____其他:_____

3. 手术用物评估

(1)手术器械准备:齐全□　不齐全□

(2)仪器设备准备:完好□　备用□

(3)体位用品准备:齐全□　不齐全□

(4)手术环境准备:合格□　不合格□

4. 术中护理

(1)预防低体温:室温22～24℃□　保温毯□　温盐水□　及时加盖非手术区□　其他:_____

(2)体位:使用啫喱垫□　眼贴□　更换体位:无□　有□　更换时间_____　更换方式_____

(3)电刀使用:无□　有□　负极板粘贴位置_____局部皮肤情况_____

(4)气压止血带使用:无□有□　绑扎位置___压力___绑扎时间___放松时间___局部皮肤___
(5)术中冰冻□　病理标本□
(7)术中观察巡视项目(手术时间1小时内不需填)

时间	静脉输液	皮肤颜色(面部、耳郭、眼、四肢、其他)	肢体位置	负极板	仪器设备	签名
	通畅□外渗□	正常□发红□水泡	无受压□可能受压□	无移位□	功能正常□	
	通畅□外渗□	正常□发红□水泡	无受压□可能受压□	无移位□	功能正常□	
	通畅□外渗□	正常□发红□水泡	无受压□可能受压□	无移位□	功能正常□	
	通畅□外渗□	正常□发红□水泡	无受压□可能受压□	无移位□	功能正常□	
	通畅□外渗□	正常□发红□水泡	无受压□可能受压□	无移位□	功能正常□	
	通畅□外渗□	正常□发红□水泡	无受压□可能受压□	无移位□	功能正常□	
	通畅□外渗□	正常□发红□水泡	无受压□可能受压□	无移位□	功能正常□	
	通畅□外渗□	正常□发红□水泡	无受压□可能受压□	无移位□	功能正常□	

5. 巡回护士交接班内容　无□不需填　有□除上述巡视内容,另交接
(1)手术名称　手术进度　负极板粘贴位置　体位
(2)输液部位:上肢　左□　右□　下肢　左□　右□　锁骨下□　颈内□
(3)患者带来物品:X光片□　药物:已用□　未用□
(4)剩余血制品______ml,正在申请领用的制品______ml
(5)手术台上物品及数量交接□
(6)高值或特殊耗材交接□
6. 术中物品清点

物品名称	核对数目				物品名称	核对数目			
	手术前	关体腔前	关体腔后	缝皮后		手术前	关体腔前	关体腔后	缝皮后
巾钳					缝针				
蚊式钳					长条纱布				
血管钳					盐水垫				
持针器					大纱布				
组织钳					小纱布				
库克					棉球				
剪刀					脑棉				
刀柄					花生米				
刀片					沙球				
镊子					纱带				
卵圆钳					注射器				

续表

拉钩					针头				
吸引器头					血管夹				
胸止					阻断带				
压肠板					血管吊带				
肠钳					橡皮筋				
备注									

项目 责任人	术前清点	关体腔前	关体腔后	交接班	
				接班者	交接时间
器械护士					
巡回护士					

7. 术后记录

(1)返回:病房□　ICU□　PACU□　意识:未醒□　初醒□　清醒□　气管插管:有□　无□

(2)血压______mmHg　脉搏______次/分　呼吸______次/分

(3)皮肤情况:完好　红肿　水泡　破损　其他______出血量______ml

(4)引流管:无□　有□　胃管□　尿管□　胸引管□　腹腔引流管□　输液管□　其他______

　　总数量______条　尿量______ml

(5)余液品种及量:外周______　中心静脉______　带回药物:无□　有□　名称______　其他____

巡回护士________　离室时间________

8. 与复苏室护士□或病区护士(含 ICU)□交接记录

(1)口头交班项目:手术名称、手术部位、麻醉方式、手术体位、止血带、出血量(见记录单)

(2)意识情况:清醒□　嗜睡□　昏迷□　其他□

(3)皮肤情况:正常□　异常□:红肿　水泡　破损　其他______

(4)引流管数量______条　留置尿管:无□　有□　尿量______ml

(5)余液品种及量:外周______　中心静脉______　带回药物:无□　有□　名称______　其他____

(6)输液部位:上肢左□　右□　下肢左□　右□　锁骨下□　颈内□　其他□

(7)带回病区的用物:X 光片:无□　有□______张

(8)带回血制品:红细胞______U　血浆______U

(9)患者体表及衣裤是否有污血:有□需更换　无□

巡回护士________　复苏室护士□________

病区护士________　时间________

注:患者入复苏室,由复苏室护士填写(1)~(9)项,与病区护士交接签字。

________患者直接回病区,由巡回护士只需填(6)~(9)项,(1)~(5)项与术后记录相同,不需填写。

附:手术室患者压疮危险因素评分表

评估项目	评估细则				得分
	1分	2分	3分	4分	
年龄	<50岁	50～64岁	65～79岁	≥80岁	
体重	正常	轻度消瘦或超重	中度消瘦或肥胖	重度消瘦或肥胖	
受力点皮肤	完好	红斑和(或)潮湿	淤斑和(或)水疱	破损	
手术体位	仰卧位	局部麻醉 俯卧位或侧卧位	斜坡卧位、截石位	全身麻醉俯卧位	
预计术中施加的外力	未施加外作用力	存在摩擦力或剪切力	冲击力	同时具有摩擦力、剪切力和冲击力	
预计手术时间	<3h	3～4h	>4h且≤5h	>5h	
预计手术出血	<500ml	500～1000ml	>1000ml且≤1500ml	>1500ml	
特殊手术因素	全身麻醉俯卧位时,患者的面部皮肤菲薄、水肿、瘦削,加3分				
	控制性降压、低温麻醉,加3分				
	其他情况(如休克、水肿、严重创伤)酌情加1～4分				
合计					

备注:对于年龄>50岁、手术时间>3h、体重>180kg或<35kg、特殊体位等手术患者必须进行评估。

1. 标准体重:身高(cm)－105＝体重(kg)。当体重低于(超过)标准体重的20%为轻度消瘦(肥胖);当体重低于(超过)标准体重的30%为中度消瘦(肥胖);当体重低于(超过)标准体重的40%为重度消瘦(肥胖)。

2. 受力点皮肤:手术体位摆放后实际着力点的皮肤状况其中,红斑指压不褪色。

3. 术中施加的外力:术中调整手术床角度、方向及复位、内固定的凿、锤、拉、压等施加的外力。

4. 特殊手术因素:依据手术类型与急性压疮发生率、麻醉方式与压疮部位的关系,设3个条目作为附加评分,面部皮肤的判定采用主观评定法;控制性降压指成年人收缩压降至60～70mmHg、老年人降至80mmHg。

5. 累计各条目总分,12分为高度危险,≥13分为非常危险。分值越高,压疮风险越高,≥13分必须采取相应护理措。

表 17　介入手术护理记录单

科室：　　床号：　　住院号：　　姓名：　　性别：

年龄：　　术前诊断：　　手术名称：

日期：　　手术医生：　　配合护士：

环境准备：消毒（空气　地面　桌面　检查床）　温度________　湿度________

物品准备：

介入材料	数量	介入材料	数量	介入材料	数量	介入材料	数量
鞘		明胶海绵		酒精灯		胆管支架	
导丝		PVA		射频针		经皮导入器	
导管		弹簧圈		食管支架		引流导管	
穿刺针		备注		血管手术球囊		气道支架	
其他							

急救器材、药品、物品处于完好备用状态：是□　否□

患者准备：

核对患者信息□　常规化验结果：传染病□　肾功能□　影像检查资料□

皮肤准备情况□　床上排便情况□　术前用药□　碘过敏史□

评估患者：心理状态：良好□　紧张□　恐惧□　配合能力：强□　一般□　差□

配合要领训练：咳嗽□　屏气□　足背（桡）A 搏动情况：有力□　较弱□　消失□

手术体位：头先进□　足先进□　麻醉方式：全麻□　局麻□

穿刺部位：股 A \ V（左　右）　桡 A（左　右）　锁骨下 V（左　右）

手术时间	手术进程时间	透视照射时间	生命体征						输入（液体、用药、对比剂、肝素）				签名
			意识	瞳孔	心率	血压	呼吸	SPO_2	名称	量	速率	尿量	

返回病房时间：　　病房护士签字：　　介入护士/技师签字：

备注：意识状态：√清醒；△嗜睡；＋昏迷；瞳孔：正圆○；椭圆△；不规则＃；对光反射：灵敏√；迟钝＋；消失○

血压（mmHg）　脉搏（次/分）　呼吸（次/分）　照射计量（mCy）　透视时间（秒）

渗血：无　少量＋　大量＋＋　淤斑、皮下血肿：无　＋直径<5cm　＋＋直径>5～10cm　＋＋＋直径>10cm

表 18 心脏介入手术护理记录单

使用高值医用耗材：

介入材料	数量	介入材料	数量	介入材料	数量	介入材料	数量
压力泵		抽吸导管		房间穿刺针		三腔起搏器	
导引钢丝		主 A 反搏管		房间隔穿刺鞘		埋藏式除颤器	
指引导管		标测导管		Navx 体表电极		CRTD	
球囊		肺 A 标测管		起搏电极		输送系统	
国产支架		射频消融导管		单腔起搏器		封堵器	
进口支架		冷盐水消融导管		双腔起搏器		Arry	

急救器材、药品、物品处于完好备用状态 □是 □否

特殊用药：	其他用药：

患者准备	1. 核对患者信息 □皮肤准备 □床上排便 □术前用药 碘过敏史：________ 2. 常规化验：________
评估患者	心理状态________ 配合能力________ 配合要领训练________ 足背(桡)A 搏动情况________

麻醉方式：____________ 穿刺部位：____________ 术后护理重点：____________

手术开始时间	用药时间	手术结束时间	观察要点						输入(液体、用药、对比济、肝素)				其他	签名
			意识	切口渗血	心率 次/分	血压 mmHg	呼吸 次/分	SPO_2 %	名称	量 ml	速率 滴/分	尿量 ml		

表 19　产程观察护理记录单

姓名：　　　　入院日期：　　　　床号：　　　　住院号：　　　　第____页

日期/时间	胎位	胎心	胎心率	先露高低	阵缩持续时间	阵缩间隔时间	疼痛分	宫颈扩张	胎膜	检查方式	收缩压	舒张压	观察及处置	签名

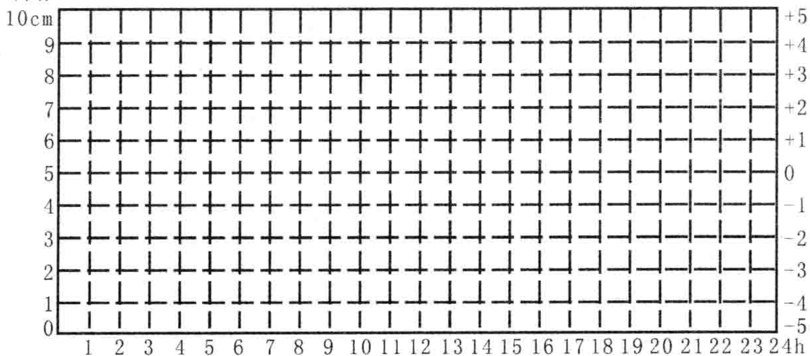
静脉置管：1. 中心静脉(a. 颈内，b. 锁骨下，c. 股静脉)；2. 外周；3. PICC；4. ________。

管道：1. 导尿管；2. 胃管；3. T 管；4. 伤口引流管；5. 胸引管；6. 气管插管；7. 气切套管；
8. PTCD 管；9. 鼻肠管；10. 鼻胆管。

表 20　产程图表

姓名：　　　　　　　临产日期及时间：　　　　　　　宫口开全日期及时间：

胎儿分娩时间：　　　　　　　　　　　　　　　　　住院号：



产程（h）

日期及时间 胎心 次/分																									
宫缩	持续	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	间隔																								
	质地																								
血压		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
特殊情况及处理																									
签名																									

（产程图表以宫口开大3cm起画，但计划产程不以此开始）

表 21　分娩记录表

姓名______　床号______　住院号______　住院日期_____年_____月_____日

年龄_____岁　孕次_____　产次_____　人流_____　流产_____　其他_____

产前检查次数_____　末次月经_____年_____月_____日　预产期_____年_____月_____日

血型_____

现有小孩数:子_____女_____　过去妊娠摘要______________________________

骨盆测量:髂棘间径_____cm　髂嵴间径_____cm　骶耻外径_____cm

坐骨结节间径_____cm　耻骨弓角度_____°　对角径_____cm

阵缩起始时间_____年_____月_____日_____时_____分

胎膜破裂时间_____年_____月_____日_____时_____分　自破□　手术破□

宫口开全时间_____年_____月_____日_____时_____分　产时胎儿方位_______

胎儿娩出时间_____年_____月_____日_____时_____分　早接触□　早吮吸□

胎盘娩出时间_____年_____月_____日_____时_____分

产时胎儿方位_______　胎盘状况_______　脐带_______

胎儿:性别____体重____kg　身长____cm　头围____cm　胸围____cm　死胎□　死产□

性别____体重____kg　身长____cm　头围____cm　胸围____cm　死胎□　死产□

总产程________　第一产程________　第二产程________　第三产程________

产后失血总量_______ml,其中:产时_______ml　产后 2h_______ml　产后 24h_______ml

产后出血原因:宫缩乏力□　产道撕裂□　胎盘因素□　其他_______

产后用药______________________________

会阴破裂　0□　Ⅰ□　Ⅱ□　Ⅲ□　切开术□　修补术□

手术名称______________　产后血压_____/_____mmHg

新生儿情况	心率	呼吸	肌张力	喉反射	皮肤颜色	总分
Apgar 评分	0　1　2	0　1　2	0　1　2	0　1　2	0　1　2	

诊断分娩小结:

医生签名:

阴道分娩产妇情况	血压(mmHg)	脉搏(次/分)	宫底高度	阴道流血量(ml)	助产士签名
分娩即刻	/				
30 分钟	/				
1.0 小时	/				
1.5 小时	/				
2.0 小时	/				
与产科护士交接情况:		护士签名:		护士签名:	
	/				

表 22　产科住院患者护理记录单

科室/病区：　　　　床号：　　　　姓名：　　　　住院号：　　　　诊断：　　　　第____页

日期/时间	T ℃	P(次/分)	R(次/分)	BP (mmHg)	疼痛分	SPO_2 (%)	切口情况	入量		出量		宫底情况			宫缩情况	阴道出血		其他	病情变化及措施	签名
								项目	量(ml)	尿量(ml)	其他	脐平	脐上	脐下		多(ml)	少(ml)			

表 23　新生儿交接与记录单

母亲姓名：　　　　　　　　　　　　母亲住院号：

<table>
<tr><td>初生儿记录</td><td colspan="13">性别:□男　□女</td></tr>
<tr><td>出生时日</td><td colspan="7"></td><td colspan="2">出院日期</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>孕周</td><td colspan="7"></td><td colspan="2">生产方式</td><td colspan="4">□平产　□剖宫产　□其他</td></tr>
<tr><td>Apgar 评分</td><td colspan="2">(1 分钟)</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">(5 分钟)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>滴眼药物</td><td colspan="7"></td><td colspan="2">有无畸形</td><td colspan="4">无</td></tr>
<tr><td>出生及出院情况</td><td>身长</td><td>体重</td><td>头围</td><td>胸围</td><td>皮肤</td><td>心脏</td><td>肺部</td><td>肝脾</td><td>脐带</td><td>生殖器</td><td>肛门</td><td>四肢</td><td></td></tr>
<tr><td>出生时</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>接生者</td></tr>
<tr><td>出院时</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>医生签名</td></tr>
<tr><td>哺乳法</td><td colspan="7"></td><td colspan="2">脐带脱落日期</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="3">母亲乙肝五项指标</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td colspan="3">在院时一般健康情形</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td colspan="3">如死亡,日期</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">原因</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="8">交接记录
时间
腕带　□
性别　□男　□女
签字

产房护士
病房护士
家属</td><td colspan="6">足印</td></tr>
</table>

表 24　新生儿 24 小时护理记录单

母亲姓名：　　　　床号：　　　　　　出生时间：_____年___月___日___时___分

日期	时间	体温	哭声	肤色	呼吸	反应	呕吐	脐带	大小便	早吸吮次数	吮吸力	签名	备注

表 25　新生儿护理记录单

母亲姓名：　　　　　新生儿性别：　　　　　床号：　　　　　住院号：　　　　　第____页

日期	时间	大便	小便	母乳吸吮次数	体重	脐带	呕吐	病情观察及处理	签名

表 26 血液透析护理记录单

姓 名： 性别： 年龄： 日期： 透析次数：
住院号： 科室： 床号： 诊断：

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">干体重_____kg</td><td rowspan="2">时间</td><td>设定透析时间_____h</td><td rowspan="4">抗凝方法</td><td>肝素</td><td>首量___mg 维持量___mg</td></tr>
<tr><td>实际透析时间_____h</td><td colspan="2">低分子肝素</td></tr>
<tr><td rowspan="2">体重</td><td colspan="2" rowspan="2">透前体重_____kg
透后体重_____kg</td><td>设定脱水量_____ml</td><td colspan="2">无肝素</td></tr>
<tr><td>实际脱水量_____ml</td><td colspan="2">枸橼酸钠</td></tr>
<tr><td rowspan="2">患者情况</td><td colspan="6">尿量_____ml/日 水肿 有□ 无□ 心衰 有□ 无□</td></tr>
<tr><td colspan="6">出血倾向 有□ 无□ 其他_______</td></tr>
<tr><td colspan="7">透析机(型号、序号) 透析器:完好 □是 □否 有效期内 □是 □否</td></tr>
<tr><td colspan="7">医生签字：</td></tr>
<tr><td colspan="7">透析液成分:钠____mmol/L 钙____mmol/L 碳酸氢根____mmol/L 流量____ml/min</td></tr>
<tr><td colspan="7">血管通路 内瘘(左上肢 右上肢) 临时导管(颈内V 股V) 永久导管</td></tr>
<tr><td colspan="7">透析方式 HD HDF HDP UF 其他 置换液量:前 L 后 L</td></tr>
</table>

时间	血压 mmHg	脉搏	呼吸	机温	肝素	血流量	静脉压	跨膜压	超滤量	症状、体征及处理

内瘘穿刺：□顺利 □不顺利(动、静脉端)。
原因：□局部血肿淤血 □瘢痕 □血管条件差。
流量不足：□有 □无
血肿：□无 □有___×___cm，动脉穿刺___针，静脉穿刺___针，
穿刺者签名：

下机拔针：□顺利 □不顺利(动、静脉端)
原因：□压迫不当 □内瘘压力大 □凝血功能差
渗血：□有 □无
血肿：□无 □有___×___cm，患者离开时内瘘震颤：□强 □弱 □无
杂音：□强 □弱 □无
下机者签名：

机器故障：□无 □有：机器号___号，机型：□费森尤斯 □金宝 □东丽 □其他_______
故障原因________________________________

背面

血液透析门诊患者(临时医嘱单)

日期	时间	医嘱	医师签名	执行时间	执行者

病情变化及处理：

医生签名：

表 27　PICC 穿刺记录单

姓名：　　　　　病区、住院号(门诊号)：

性别：　　　　　年龄：　　　　　身高：

诊断：　　　　　联系电话：

置管日期：________　操作者：________　助手：________

导管类型：________　规格：________

预测导管置入长度：________cm　臂围(肘横纹上 10～15cm)：________cm

置管部位：□左上肢　□右上肢　□上臂　□肘部　□其他________

静脉：□贵要静脉　□肘正中静脉　□头静脉　□其他________

最大无菌屏障：□帽子　口罩　□无菌手套　□无菌隔离衣　□无菌大单　□无菌止血带
□全臂消毒

预冲管液：□肝素　□生理盐水

局麻：□无　□有　药物：________

辅助用具：改良 seldinger 技术：□有　□否

B 超：□否　□有，静脉内径______cm，深度______cm，流速______cm/s

穿刺针型号：______Ga　穿刺次数：______次

更换操作者：□无　□有　姓名______

术中患者主诉：□无　□疼痛　□麻木　□其他______

实际置入长度：______cm　外露长度：______cm

与预置入长度相符：□是　□否　原因________________________________

X 线片拍摄时间：______________　导管尖端位置：______________

再退出______cm，实际外露______cm，新的尖端位置：________

加压包扎：□无　□有：□纱布加压　□弹力绷带

交代注意事项：□无　□有(湿热敷、握拳、每日观察、如何洗澡)

其他需记录情况：____

____

维护指导：□无　□有(需有患者或家属签字)________

操作者签名确认：

表 28　急诊危重患者抢救护理记录单

姓名：　　　　　　性别：　　　　　　年龄：　　　　　　初步诊断：　　　　　　　　　　　转归：

日期	时间	T℃	HR 次/分	R 次/分	BP mmHg	神志	瞳孔(mm)			SPO_2	用药 （药物名称、剂量、用法）	病情及 抢救措施	转归	签名	
							左	右	光反应					医师	护士

表 29 患者转运交接单(急诊、危重、一般)

接收科室：　　　　　　　　　联系电话：　　　　　　　　　接收电话人：

一般资料	姓名：______ 年龄：______岁 性别：男□ 女□ 到诊时间：____年____月____日____时 出科时间：____年____月____日____时 HR ____次/分 R ____次/分 BP ____mmHg SPO_2 ____ 随送人员：家人□ 朋友□ 同事□ 警察□ 无□ 其他□
转运患者	转运方式：轮椅□ 推床□ 其他□ 抢救设施：氧气袋(筒)□ 呼吸机□ 多功能监护仪□ 呼吸囊□ 其他□ 到接收科室时间：____年____月____日____时 入科生命体征：HR ___次/分 R ___次/分 BP ___ mmHg SPO_2 ___
交接情况	输液情况：无□ 有□：通路数____ 通畅：是□ 否□：堵塞□ 外渗□ 脱落□ 输液方式：头皮针□ 静脉留置针□ PICC□ 其他□ 输注药物____________________ 引流管：无□ 有□：尿管□ 伤口引流管□ 其他□ 通畅：是□ 夹管□ 否□ 褥疮：无□ 有□：部位________ 伤口敷料：干燥□ 渗液/血□

转科护士签名：　　　　　　　　　　　　接收护士签名：

备注：就诊病历及检查资料归属：患者□　　患者确认签名：

表 30　内科住院患者健康教育评价单

姓名：　　　　科室：　　　　床号：　　　　诊断：

项　目	宣教		方式				对象			护士签名	评价			
	日期	护士签名	讲解	书面	示范	录像	病人	家属	日期		复述		回示	
											能	不能	能	不能
入院告知														
1. 病区环境及安全措施														
2. 作息制度、陪客制度														
3. 责任护士、主管医生														
疾病相关知识														
4. 所患疾病相关知识、讲解不良生活习惯对疾病的影响														
5. 讲解戒烟酒的重要性														
6. 指导患者合理饮食														
7. 讲解主要药物的作用和特殊注意事项														
8. 讲解专科检查或化验的注意事项（血糖、B 超、胃镜 、肠镜、气管镜、介入、______）														
9. 讲解有关治疗性操作的注意事项（禁食、吸氧、鼻饲、静脉维持药物、化疗、胃肠减压、介入、______）														
10. 指导或示范活动及康复训练的方法（按专科标准活动计划）														
11. 根据病情指导舒适体位														
出院指导														
12. 指导出院用药方法及注意事项														
13. 示范指导疾病自我监测及预防的方法														
14. 有复诊时间、地点及咨询电话														

（如评价患者或家属为不能达到，请接 14 以后记录）

表 31　外科住院患者健康教育评价单

姓名：　　科室：　　床号：　　诊断：

	项目	宣教		方式				对象			护士签名	评价			
		日期	护士签名	讲解	书面	示范	录像	患者	家属	日期		复述		回示	
												能	不能	能	不能
入院	1. 病区环境及安全措施														
	2. 责任护士、主管医生														
	3. 作息制度、陪客制度														
	4. 讲解戒烟酒的重要性														
	5. 讲解主要药物的作用和特殊注意事项														
	6. 指导患者合理饮食														
术前	7. 讲解手术相关知识及重要性														
	8. 讲解术前检查目的和注意事项														
	9. 指导患者术前个人卫生、做好手术区域的皮肤准备														
	10. 示范有效咳嗽方法并教会其配合														
	11. 训练床上排便														
	12. 讲解术前禁食、水的时间及意义														
	13. 指导术中清醒患者特殊体位训练，配合术中、术后体位的要求														
	14. 指导肢体功能锻炼(根据手术部位和方式)														
	15. 讲解麻醉相关知识														
术后	16. 讲解术后禁食、进食的时间及注意事项														
	17. 指导术后卧位舒适安全，指导早期适量活动														
	18. 指导患者及家属保护伤口、造(瘘)口及各种留置管道的方法														
	19. 解释主要用药的作用、副作用及注意事项														
	20. 根据患者病情及手术方式，指导患者功能锻炼														
出院指导	21. 有明确的出院用药方法及注意事项														
	22. 示范指导疾病自我监测及预防的方法														
	23. 有复诊时间、地点及咨询电话														

(如评价患者或家属为不能达到，请接着 23 以后记录)

表 32 产科住院患者健康教育评价单

姓名： 科室： 床号： 诊断：

	项目	宣教		方式				对象			护士签名	评价			
		日期	护士签名	讲解	书面	示范	录像	患者	家属	日期		复述		回示	
												能	不能	能	不能
入院	1. 病区环境、安全措施、责任护士、主管医生、作息制度、陪客制度														
	2. 孕产妇及新生儿用物准备														
	3. 讲解疾病相关知识及护理措施与可能获得的服务项目，取得患者配合，做好心理护理														
产前	4. 讲解母乳喂养、母婴同室的好处及乳房护理知识														
	5. 学会乳房护理的相关知识														
	6. 指导患者术前个人卫生、做好手术区域的皮肤准备														
	7. 讲解术前禁食、水的时间及意义，讲解麻醉相关知识														
产后	8. 讲解术后不同时间体位、饮食和活动的要求														
	9. 讲解术后 6 小时按压宫底、及时排尿意义，指导按时执行														
	10. 指导母乳喂养、乳房护理相关知识，要求掌握														
	11. 指导新生儿护理相关知识，（喂养、卧位、皮肤护理、脐部护理等）														
	12. 讲解新生儿预防接种和疾病筛查的种类及注意事项														
	13. 根据病情，给予针对性疾病知识指导														
出院指导	14. 产褥期的饮食、休息、卫生运动、复查时间、出院带药														
	15. 告知母乳喂养支持电话，新生儿相关证件的办理														
	16. 掌握新生儿沐浴等护理知识和常见的生理现象														

（如评价患者或家属为不能达到，请接着 16 以后记录）

表 33　儿科住院患者健康教育评价单

姓名：　　　　科室：　　　　床号：　　　　诊断：

项目	宣教		方式				对象			护士签名	评价			
	日期	护士签名	讲解	书面	示范	录像	患者	家属	日期		复述		回示	
											能	不能	能	不能
入院告知														
1. 病区环境、安全措施及监护人责任														
2. 作息制度、陪客制度														
3. 责任护士、主管医生														
疾病相关知识														
4. 所患疾病相关知识、讲解不良生活习惯对疾病的影响														
5. 指导合理喂养														
6. 讲解主要药物的作用和特殊注意事项														
7. 讲解专科检查或化验的注意事项(血糖、尿蛋白定量、B超、胃镜、气管镜、腰穿、脑电图、______)														
8. 讲解有关治疗性操作的注意事项(禁食、吸氧、鼻饲、静脉维持药物、静脉留置针的维护、胃肠减压、雾化吸入、______)														
9. 根据病情指导舒适体位														
出院指导														
10. 有明确的出院用药方法及注意事项														
11. 示范指导疾病自我监测及预防的方法														
12. 有复诊时间、地点及咨询电话														

（如评价患者或家属为不能达到，请接12以后记录）

________医院

护理文件书写质量评价标准

检查项目	标准分	扣分标准
体温单	20分	
项目填写完整、正确	1	项目填写不完整、错误每处扣1分
药物皮试阳性或药物过敏史有标记	2	无标记扣2分
患者不在时在相应栏内写外出、拒测	3	未写外出、拒测每次扣2分,护士因素拒测太多扣3分
无错绘、漏绘	2	不合要求每处扣1分
按病情在规定时间内准确测试绘制	5	少1次扣2分,数值不准确扣3分
"卧床"标志与实际相符,每周测体重、血压1次	2	不符1次扣1分,漏测1次扣2分
出入液量记录准确	5	漏记录或统计不准确扣5分
医嘱单	20分	
临时医嘱需立即执行的在15分钟内执行,有规范的执行时间及执行者签名	10	1条用药医嘱未执行扣10分,用药未签字扣5分,临时医嘱签署时间有误扣2分,皮试无结果已用药扣10分,皮试做了结果未画扣5分
长期医嘱执行规范,用药合理	5	1条用药医嘱未执行扣5分,用药不规范每次扣2分
有降体温必须有降温措施	2	少1次扣1分
班班查对、每日总对医嘱有记录	3	少1次查对扣3分
输液卡与输血单	6分	
输液卡有执行者签名,字迹清楚	2	漏签或签名潦草1次扣1分
输血单交叉核对、签名完整,输血时间与医嘱单、护理记录单相符	4	漏查对签名或漏签名扣2分,时间与记录不符扣2分,签名潦草1次扣1分,代签名扣2分,输血未按规范要求记录扣2分
评估记录单	15分	
项目完整、准确	2	漏填或错填1处扣1分
评估准确,与患者实际情况相符	7	1项不符扣2分
有问题必需有护理计划	5	无计划扣3分,计划不符扣2分
签名及时,规范	1	漏签名扣1分
护理记录单	20	
项目填写完整、时间记录准确、字迹清楚	2	1处未填写扣1分,填写错误扣1分
用医学术语,语句简练	3	未用医学术语1次扣1分,语句不简练扣1分,错别字每次扣1分
按病历书写规范要求和PIO程序记录。	15	病情变化未及时记录每次扣3分,主要护理措施未记录每项扣2分,主要病情未记录每次扣5分
手术护理记录单	10	
项目填写完整正确	4	1处未填写或填写错误扣1分
手术物品清点书写规范,程序符合要求	5	未填写扣2分,不符合要求扣1分
护士签名完整、规范	1	潦草扣1分,漏签名扣1分
病人转科交接单	5	
项目填写完整正确,交接清楚,签名规范	5	1处未填写或填写错误、交接不规范、漏签名各扣1分
交接班记录	4	
项目填写完整正确	2	1处未填写或填写错误扣1分
交班顺序符合要求,重点和特殊患者交接清楚	2	顺序不符合要求扣1分,漏交1个患者扣1分

(备注:1. 归档病历中护理相关的各种记录单遗失均为不合格病历。2. 每份病历得分<85分为不合格病历)

第八章　医疗知情同意书

第一节　概　　述

一、医疗知情同意书的概念

医疗知情同意书是在施行某项医疗行为之前，充分告知患方相关的医疗信息如病情、诊疗措施、医疗风险、费用开支等，并征得患方同意后，与其签订的医疗文书；它具有督促和证明医方履行告知说明义务、患方行使知情同意权的作用；是医方履行告知说明义务、患方行使知情同意权和承担医疗风险的证明文件。

医疗活动中的告知与知情，是医患双方互相告知和双向选择。医方应当如实告知患方有关的诊疗信息，让患方做出选择；患方也应向医方介绍病史、配合相关检查等，不能隐瞒病情，让医方能够选择适宜的诊疗方案。

二、告知的对象

告知的对象可以是：患者本人、患者监护人、委托代理人、近亲属、医疗机构负责人或被授权的负责人。

（一）患者本人

《民法通则》规定："十八周岁以上的公民是成年人，具有完全民事行为能力，可以独立进行民事活动，是完全民事行为能力人。十六周岁以上不满十八周岁的公民，以自己的劳动收入为主要生活来源，视为完全民事行为能力人。"

医疗机构应当首先告知有完全民事行为能力的患者本人。

（二）患者的监护人

当患者为未成年人、精神患者等无民事行为能力人或限制民事行为能力人时，患者的监护人就是其法定代理人。

《民法通则》规定，无民事行为能力的人包括两种：①不满 10 周

岁的未成年人。②不能辨认自己行为的精神患者(包括痴呆症人)。

《民法通则》规定,限制民事行为能力的人包括两种人:①年满10周岁且精神正常的未成年人,但16周岁以上不满18周岁以自己的劳动收入为主要生活来源的人除外。②不能完全辨认自己行为的后果且已成年的精神患者(包括痴呆症人)。

第一种无民事能力行为能力人或限制民事行为能力人的法定监护人顺序是:父母,祖父母、外祖父母,成年兄、姐,其他近亲属。

第二种无民事能力行为能力人或限制民事行为能力人的法定监护人顺序是:配偶,父母,成年子女,其他近亲属。

(三)委托代理人

临床诊疗过程中,有完全民事行为能力的患者也可授权他人代为行使知情同意权,被授权人可代理患者签署知情同意书。但被授权人签署知情同意书前,患者应先签署《授权委托书》并存入病历。

(四)近亲属

部分患者由于疾病导致无法行使知情选择权(如患者年满18周岁,处于休克、昏迷、麻醉等意识丧失状态),其近亲属可代为行使知情同意权。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的,应当将有关情况告知患者近亲属,由患者近亲属签署知情同意书,并及时记录。

近亲属及顺序依次是指配偶、父母、子女、兄弟姐妹,祖父母、外祖父母,孙子女、外孙子女。近亲属必须是完全民事行为能力人方能签署知情同意书。

(五)医疗机构负责人或被授权的负责人

为抢救患者,在患者法定代理人或被授权人或近亲属无法及时到场签字的情况下,可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。常见有以下几种情形:

1. 患者病情危重,意识丧失,急需抢救或手术,无线索与其代

理人或近亲属联系。

2. 患者病情危重，意识清醒，其代理人或近亲属不能及时赶到医院签字。

3. 意识丧失，虽无生命危险，但病情不能拖延，无线索与其代理人或近亲属联系。

三、告知的形式

告知的形式包括口头告知、书面告知、公示告知。因诊疗过程有许多不可预测性以及诊疗项目繁多，无法对项目一一列出，采用何种形式告知应根据具体情况而定。

（一）口头告知

对操作简单、无严重并发症或并发症发生率低的有创检查及治疗，可以通过口头告知的形式，如周围浅表静脉穿刺抽血检查及输液，常规肌肉注射等。

（二）书面告知

临床最常用的告知形式。对有可能发生严重并发症、医疗后果难以准确判定的有创检查及治疗、临床试验性的诊疗措施、医疗费用高昂的诊疗，应当在医患双方签署书面的知情同意书后进行，如各种手术、麻醉、胸腔及腹腔穿刺、各种穿刺活检、输血等。

（三）公示告知

对一般公共信息，如门诊就诊流程、门诊医师出诊情况、急诊绿色通道、患者选择医生等情况医院可通过宣传橱窗（栏）、电子屏幕公告、电子触摸查询装置、网站、查询电话，编印、发放各类资料等形式向患方告知。

四、告知的内容

（一）采取的医疗措施及必要性

在采取医疗措施前，应告知将要采取的医疗措施的名称、理由及目的、希望达到的效果、对患者的危害程度及侵袭范围等。

（二）患者病情

医方对于患者罹患的病情及其程度、与主要疾病相关的既往

病史的说明、预后等应当全面详细地向患方告知。

(三)可能医疗风险说明

该医疗行为全程可能出现的风险及概率、并发症、副作用等,应说明危害结果预防的可能性;还应该包括个别不可预测的风险。发生意外时医方的救治对策和措施。

(四)有无其他可替代的医疗措施

医方应告知患方被推荐的检查或治疗信息的优缺点,还应告知其他可供选择的诊治方案信息。某一具体疾病的诊疗方法可能有几种,应从患者的病情、医院对该疾病诊疗手段技术水平、所需的医疗费用及患者的接受程度等相关信息分析,告知患者的最适宜的诊疗方案。医方也应尽可能将可替代的医疗措施予以告知。内容包括:有无可替换的医疗措施;可替代医疗措施的治疗效果、有效程度;可替代医疗措施所伴随的风险及其性质、程度及范围以及可能引起的并发症及意外;为何不采取此替代医疗行为;如尿毒症患者需要行替代治疗,应将3种主要治疗手段腹膜透析、血液透析、肾移植的优缺点与患方分析,结合患者病情等多种因素建议目前该患者最佳的替代治疗手段,医师要一一告知患方。再如使用的一些贵重耗材(如心脏起搏器、人工关节等),在应用前应将医院内可使用的厂家产品型号、优缺点分析、价格等进行详细介绍,供患方选择。

(五)诊疗费用

医疗费用已成为患方选择诊疗方式的一项重要因素,医方应当告知患方相关医疗措施所需的大致费用。

(六)医疗责任的分担

明确发生上述医疗风险治疗费用由患方承担,赋予医务人员在出现紧急情况时享有先行处理权。

(七)医疗活动中其他应告知内容

在医疗过程中,还涉及其他须向患者告知的内容,如糖尿病饮食治疗的方案及重要性等;由于医院条件及技术水平的限制无法

开展诊疗的情况下，应告知患者转诊或请求会诊等。

（八）备注和签字

医疗知情同意书备注项用来记载医疗知情同意书之外应予以特别注明的事项，如患方拒绝医疗行为、放弃同意权等。

五、告知的要求

（一）实事求是

应将患者病情及预后、诊疗措施、可能的并发症、医疗风险、药物毒副作用等有关的诊疗信息如实告知，告知的内容应当让患方知情，并能够据此做出正确判断和理智决定。

（二）及时全面

作为一个关系到患者生命及利益的特殊行业，病情的演变及变化有许多不可预见性。因此，发现问题应该及时与患方沟通并告知，特别是对新患者、危急重症患者、手术前后患者、老人及小孩。此外，还应该及时全面的对患者进行综合评估。

（三）通俗易懂

应用通俗易懂、患方能够理解的语言进行沟通交流，少用或不用专业词汇，告知内容应明确无误，应让患方充分理解并明白，便于选择。

（四）书面告知

书面告知是医疗过程中最常用的告知形式，是能被民众把握和认定意思的表示，是法律所能评价的形式，有利于举证。对需取得患方书面同意方可进行的医疗活动，必须在双方签署同意后方可实施。若患方拒绝签署意见，应将相关情况及过程记录在病程记录中，必要时向主管部门汇报。

第二节　知情同意书履行的主体

一、医方

由实施医疗活动的并具备执业资格的医务人员进行告知并签字。

二、患方

(一)患者本人签署知情同意书。

(二)依据卫生部《病历书写基本规范》第十条规定:对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动,应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因病无法签字时,应当由其授权的人员签字;为抢救患者,在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的,应当将有关情况告知患者近亲属,由患者近亲属签署知情同意书,并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的,由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第三节　知情同意书的种类和内容

一、以手术和特殊治疗为主

知情同意书是临床最常用的一种形式。它是以告知风险为主,如手术知情同意书、麻醉同意书、深静脉穿刺知情同意书、各种活体组织检查等。该方式实施前,经治医师应告知该操作的相关情况,并由患者签署是否同意的医学文书。主要内容包括:目前诊断、手术或特殊诊疗名称、可能出现的风险及并发症、患者签署意见并签名、经治医师和操作者签名、日期等。

同一次住院期间相同目的、相同操作方法的多次检查治疗,在实施前必须进行病情告知,并在第一次签署的知情同意书上再次确认签字,并注明日期(已明确设置"多次输血"的输血治疗知情同意书除外)。

以手术和特殊诊疗为主签署知情同意书是指具有下列情形之一的诊断、治疗活动:

1. 有一定危险性,可能产生不良后果的诊疗手段。

2. 由于患者体质特殊或者病情危重,可能对患者产生不良后

果和危险的诊疗。

3. 费用较高，可能对患者造成较大经济负担的诊疗措施。

4. 临床实验性检查和治疗。

二、以征求意见为主

以征求意见为主，一部分只需要口头告知，如会诊同意书、转院同意书等。主要内容包括：目前诊断、治疗情况、主要目的等。

三、以告知某些单一情况为主

这类告知较为简单，仅告知患方单一情况。如病危（重）通知书、欠费通知书、死亡通知书等。主要内容包括：姓名、床号、科别、住院号、目的等。

病危（重）通知书包括科别、床号、住院号等基本信息，还应包括目前诊断及病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期。病危（重）通知书一式三份，一份放置病历中存档，一份给患者家属，一份送医务主管部门备案。

四、委托书

无民事行为能力的患者也可授权他人代为行使知情同意权，但委托人和受托人需先签署《授权委托书》并存入病历。主要内容包括：委托人（患者）和受托人姓名、年龄、委托人和受托人之间的关系、双方签名、日期等。

五、输血（血液制品）治疗知情同意书

输血（血液制品）治疗知情同意书是指输血（血液制品）前，经治医师向患者告知输血（血液制品）的相关情况，并由患者签署是否同意输血（血液制品）的医学文书。主要内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、住院号、目前诊断、输血指征、拟输血成分及量、输血前有关免疫学检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者或代理人签署意见并签名、医师签名并填写日期。

同一次住院期间多次需输血（血液制品）时，每次输血（血液制品）前必须进行告知输血（血液制品）的相关情况，并在病程中记录“输血记录”，在输血知情同意书中钩选“多次输血”。

临床输血时应按照《临床输血技术规范》操作，输血（血液制品）前除签署输血治疗知情同意书外，还须完成相应的免疫学检验项目，输血后将配血单保存在病历中。

临床使用血液制品前也应签署输血（血液制品）协议书。血液制品特指各种人血浆蛋白制品。包括人血白蛋白、人胎盘血白蛋白、静脉注射用人免疫球蛋白、肌注人免疫球蛋白、组胺人免疫球蛋白、特异性免疫球蛋白、乙型肝炎免疫球蛋白、狂犬病免疫球蛋白、破伤风免疫球蛋白、人凝血因子Ⅷ、人凝血酶原复合物、人纤维蛋白原、抗人淋巴细胞免疫球蛋白等。

六、其他知情同意书

自费药品项目使用知情同意书、拒绝医疗同意书、外出请假申请单等。因病情需要，需对患者进行某种主要检查、治疗（一般指其他手段不能替代）而患方拒绝时，亦应签订书面的拒绝诊疗书，经治医师应向患方明确告知不接受此项诊疗对病情的影响、可能出现的不良后果等，经治医师和患方签名，存入病历。住院期间不允许患者请假，若因特殊情况需离开医院或病区，需签署书面外出请假申请单。

同意书是我国《侵权责任法》要求规范的必需内容。作为医疗诉讼的法律文件，需要不断修改，逐步完善。制定的知情同意书不可能全部满足临床需求，适时的医患沟通有时可能更为重要，执行中还应注意以下几点：

（1）医务人员对患者进行全面告知是应尽的法定义务。

（2）告知不足的后果是要承担法律责任的。

（3）履行告知义务不是走过场，而让患方明白才是真正履行好了告知义务，才是告知的主要目的。

（4）让患方真正的知情，知识经验的积累、以人为本的信念和通俗易懂的表达、需要有问必答的耐心。

（5）建立医患互信的关系，是实现圆满告知的基本保证。

（6）全面履行告知义务，是对关键内容相对、客观、精准的浓缩

和概括，是医生执业的基本素质，需要不断学习、提高。

(7)医疗告知内容记录的缺失，不能作为难以全面告知和工作繁忙的借口，法律是不会给过失机会的。

(8)即使履行了告知义务，但由于医疗过错行为导致患者出现损害后果，并不能因为已履行告知义务而免责。

第四节　常用知情同意书示例

一、入院须知

__________医院

入院须知

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

您好！首先感谢您对我院的信任和支持。

现将住院患者须知通知您，希望得到您的理解和配合，让我们共同创造一个温馨的医疗环境，使您早日康复。

您享有的权利和义务：

(一)在我院就诊中您享有的权利

1. 您享有医疗救治、预防保健服务的权利。

2. 您享有知道疾病诊断、病情进展、医生建议的诊疗方案、费用、相应风险、疗效及愈后的权利，医护人员会将有关情况向您说明，如您有不明之处，请及时提出请医护人员解答。您对医生提出的诊断及治疗方案享有选择权和决定权。

3. 您身体出现不适或需要帮助时，请使用床头呼叫器呼叫医护人员，或者通过其他方式通知护士站，我们将及时为您提供医疗、护理服务。

4. 您可以书面委托具有民事行为能力的人作为您的代理人，代您行使相关的知情同意权利和诊疗选择决定权利。

5. 您有权利复印法律规定范围内的病历资料。

6. 我院尊重您的隐私权，您可以要求医生对您的病情进行

保密。

7. 我院规定，工作人员不得收受"红包"，请您监督，有违反者，请举报至医院监察办公室，电话____________。

8. 我院在每个病房都设立了意见箱，欢迎您及家属对医院工作提出宝贵意见，以便我们及时改进工作和服务。

9. 如果发生医疗纠纷，您可向医院接待投诉部门反应并协商解决，或申请卫生行政部门调解处理，或向人民法院提起诉讼。

10. 我院"文明服务缺陷管理"电话____________，欢迎您对我院工作人员的服务态度、质量进行监督。

(二)在我院就诊中您应履行的义务

1. 您必须提供真实的个人信息，包括姓名、性别、年龄、身份证、地址、联系方式及报销类别等。凡冒用他人姓名就医而发生的医疗费用及纠纷等后果将自负。

2. 您必须向医护人员详尽如实地提供与您健康有关的一切情况，包括本次患病的基本情况、既往病史、诊治经过、药物过敏史及其他有关详情。如有隐瞒病情，一切后果自负。

3. 请您和家属遵守医院的规定和制度，听从医护人员的指导和安排，不要擅自翻阅病历和其他医疗记录，如欲了解病情可向主管医师垂询。

4. 住院期间请您身着病员服，请不要穿病员服外出。住院期间请勿擅自离开病区、医院及外宿，以免发生意外。由于您擅自离开病区、医院或者外宿而引起的任何意外情况后果将自负，我院不承担任何责任。

5. 医护人员查房、治疗时间内请您不要离开病房。请不要在病室内大声喧哗或做其他与诊疗无关且有碍医疗秩序的事情。

6. 您需要进行特殊检查、治疗或手术时，在医生充分告知的前提下，您应签署知情同意书。文书一经自愿签署，即具有相应法律效力。

7. 为配合治疗，住院期间医生会根据您的病情为您合理定制

饮食，您应进食医院营养食堂的配餐。

8. 您应遵从医生的医嘱积极配合治疗、按时出院，出院后，您应该按照医生的医嘱进行活动、休息，并且保证定期复诊。

9. 您应及时足额缴纳医药费用，如果由于医药费用不足延误诊疗从而导致不良后果，我院不承担任何责任。

10. 您不能要求医护人员为您提供虚假医学文书和票据。

11. 住院期间未经主管医师同意您不得擅自到院外就诊、购药、私自请医师来我院会诊及采取其他治疗手段，否则，由此发生的不良后果将自负。

12. 为确保安全，严禁在病区、病室吸烟、饮酒，严禁使用电炉、酒精炉、煤油炉、电饭煲、电暖气及其他家用电器，违者将按医院有关规定处理，由此发生的不良后果自负。

13. 为了保障患者生命安全，保证医护人员执行医疗行为，病室门锁不得反锁、拴死。

14. 病房为公共场所，患者个人的手提电脑、现金、证件等贵重物品请勿带入病房，如若带入请自行妥善保管，防止丢失。患者违反规定造成财产损失的，本院不承担赔偿责任。

15. 普通患者不得要求陪住，医生根据患者病情开具陪住医嘱，根据医嘱由护士发放陪住证。陪住家属应严格遵守医院的相关制度和规定。相关问题请咨询主管医护人员。患者及亲属请遵守探视制度，未经主管医师同意不得自行留宿、陪床。

16. 请您爱护公共财物，自觉维护医院公共场所卫生、清洁，维护病房安全、安静，请您不要干扰其他患者诊疗。

17. 如果您在本院被确诊为法定传染病，医院将依法律规定对您采取相应的诊疗措施或限制您的某些人身自由，您应该积极配合。

18. 请您尊重医护人员的人格权、人身权。

19. 请您不要泄露其他患者的病情和隐私。

20. 请您配合临床教学工作。临床教学活动涉及门诊和住院的

相关医疗过程，我们在临床教学活动中将充分保护您的隐私。感谢您对我院临床教学工作的理解以及对医学人才培养的大力支持。

我已知晓上述入院须知的全部内容。

患者签名____________ 签名日期____年____月____日

身份证号______________ 联系电话______________

通讯地址____

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________与患者关系________

签名日期______年______月______日

身份证号______________ 联系电话______________

通讯地址____

二、入院宣教

__________医院

入院宣教

姓名________ 性别________ 年龄________ 住院号________

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

您好！首先感谢您对我院的信任和支持。

为了您能尽快熟悉我院病房环境、积极配合治疗，使您尽快康复，特此为您介绍病房的一些规章制度，请您给予配合。

(一)作息制度

1. 病房早晨________开灯，中午________午休，晚上________熄灯；探视人员请准时离开病房，以免影响患者休息。

2. 病房每日根据工作量在每日早晨________至________开始抽血、发药、倒引流物等工作，如果您想在早________之前吃东西，请您询问一下护士是否有需要空腹的检查，以避免因进食影响您的检验及检查项目。如有特殊检查、治疗、护理项目，医护人员会提前通知您。

(二)订餐制度

1. 入院后请您交纳餐费,并将收据交给配餐员。

2. 医生和营养师会根据您的病情为您制定合理的饮食单,请您根据饮食单在医院订餐,请您准备好餐具,配餐员会根据饮食单及您的订餐,将餐车推到病房楼道发放。

3. 普食时间:早饭时间_______,午餐时间_______,晚餐时间_______。流食时间_______。

(三)陪住制度

1. 病房医生根据患者病情开具陪住医嘱,根据医嘱由护士发放陪住证,陪住人员凭陪住证进出病房。每位患者只能有 1 名陪住人员(护工属于陪住人员)。

2. 陪住人员应听从医护人员管理,不得擅自翻阅病历和其他医疗记录,禁止谈论有碍患者健康和治疗的话题。

3. 陪住人员应保持病房内清洁、整齐、安静;不得吸烟、饮酒、高声谈笑、坐卧病床;不得在病房浴室内洗澡、洗衣服;不得自带床铺被褥等。

4. 陪住人员在医师查房、患者治疗时,应主动离开房间。如欲了解治疗情况,须待以上工作结束后,再向医护人员询问。

5. 陪住人员必须爱护公物,节约水电。

(四)探视制度

1. 探视时间:周一至周五:下午________;周六、周日及节假日:上午________,下午________,其他时间不安排探视。

2. 探视人员请先到病房楼询问处领取探视证。每位患者限 2 人同时探视,离开病房时请将探视证交还询问处。

3. 学龄前儿童及患有传染性疾病、精神病患者请不要进入病房探视。

(五)病房管理制度

1. 如果您想要洗澡,请先询问您的主管医师根据您目前的病情,是否能够洗澡。如果您的主管医师同意您洗澡,请您在家属或

者陪护人员的陪同下洗澡，尤其是老年人和体弱者。为了避免影响其他患者休息，请您不要在患者睡觉时间洗澡。

2. 您的床头桌最多放 3 样物品，物品请摆放整齐，用品用完后请放回原处，床下请勿堆放杂物。贵重物品请您随身携带以免丢失。

3. 为了防止您滑倒，请您不要在地面湿滑时到处走动。同时请保持病室内、水池旁、厕所、洗漱间、楼道地面干燥，有水渍时请与工作人员联系及时清洁，防止滑倒、摔伤。

4. 为了预防坠床摔伤，病床一侧安放了床栏杆，特殊情况时两侧安放(如婴幼儿，尤其会翻身的婴儿；神志不清、躁动者等)，以保护患者的安全。老年患者及儿童患者和睡觉动作多的患者请将床栏杆抬起。家长应教育患儿不要在床上蹦跳，不得随意摘掉床栏杆。因家长原因造成的意外责任自负。

5. 请您远离热水瓶、电热水壶、过热的食品等容易烫伤您的物品。

6. 住院期间您需要帮助时，请按呼叫器与护士联系。

7. 如果您是准备手术的患者，请您遵照医护人员的要求，戒烟并且练习深呼吸，以增加肺活量、改善通气，避免术后痰多、排痰困难，减少肺炎等术后并发症。同时，练习卧位翻身、床上大小便，避免术后长时间卧床导致压疮；适应卧床排尿，以尽早拔除尿管，预防泌尿系统感染。

8. 为了您联系方便，病房外设有插卡电话，病区内电话为内线办公用，是治疗、手术、急救联系的专用线路，请勿使用。

9. 入院时请您带齐生活用品，住院期间不得离开医院。

10. 我院为无烟医院，为了您的健康请您不要在病房吸烟。

11. 由于儿童用药的特殊性，患儿所用药物经常不足 1 支，但需要领取、支付整支的费用，剩余药物作为医疗垃圾由医院统一回收处理。如果家长不同意这种用药方式，请在入院时与主管医生及时讲明，以免出院时发生纠纷。

（六）出院结账

1. 医生开具出院后，请您携带住院押金单、出院记录到出院处办理结账手续；结账后，请您凭出院通知单到护士站领取您的出院带药。

2. 出院后请您按照出院诊断证明书中的医嘱按时服药和锻炼，定期到医院门诊复诊。

良好的就医环境需要您的理解和支持，再次感谢您及家属的配合，祝您早日康复！

我已知晓上述入院宣教的全部内容。

患者签名＿＿＿＿＿＿　　签名日期＿＿年＿＿月＿＿日

身份证号＿＿＿＿＿＿＿　　联系电话＿＿＿＿＿＿＿

通讯地址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名＿＿＿＿与患者关系＿＿＿＿

签名日期＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

身份证号＿＿＿＿＿＿＿　　联系电话＿＿＿＿＿＿＿

通讯地址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

三、授权委托书

＿＿＿＿＿医院

授权委托书

姓名＿＿＿＿　性别＿＿＿＿　年龄＿＿＿＿　住院号＿＿＿＿

委托人（患者本人）＿＿＿＿　性别＿＿＿　年龄＿＿＿

联系电话＿＿＿＿＿＿＿＿

有效证件号码＿＿＿＿＿＿＿＿　住址＿＿＿＿

受委托人＿＿＿　性别＿＿＿　年龄＿＿＿　联系电话＿＿＿＿

有效证件号码＿＿＿＿＿＿＿＿　住址＿＿＿＿

与患者关系：□配偶　□子女　□父母　□其他近亲属　□同事
□朋友　□其他

本人于______年______月______日因病住院。本人在住院期间，有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托______作为我的代理人，代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，全权代表本人签字，受委托人的签字视同本人的签字。

签署同意书后所产生的后果，由患者本人承担。

委托人签名__________(手印)______年______月______日

受委托人签名________(手印)______年______月______日

四、输血/血液制品治疗知情同意书

________医院

输血/血液制品治疗知情同意书

姓名_______ 性别_______ 年龄_______ 住院号_______

医生已告知我患有____________，根据病情需要输注血液(全血或成分血)/血液制品治疗。输血治疗是保证临床有效治疗得以顺利进行的重要措施之一，亦是抢救急、危、重症患者生命的必要手段。

1. 患者基本情况

诊断______________________________________

血型__________ 输血史__________ 妊娠史________

输血前检查

□ALT ______U/L □抗-HCV □HIV

□HBsAg □HBsAb □HBeAg

□HBeAb □HBcAb □梅毒

2. 拟实施的输血方案

□输异体血 □输自体血

□输异体+自体血 □其他_______

□单次输血 □多次输血

3. 治疗潜在风险和对策

在患者接受输血/血液制品治疗前,医护人员有义务和责任向患者明确说明有关输血/血液制品治疗中可能存在的风险。我院为患者提供的血液/血液制品虽经过采供血机构按国家标准进行严格检测,但受到当前科技水平的限制,现有的检验手段不能够完全解决病毒感染的窗口期和潜伏期问题(窗口期是指机体被病毒感染后,到足以被检测出抗体的这段时期。潜伏期是指病原体侵入身体到最初出现症状和体征的这段时期。)因此输入经过检测正常的血液/血液制品,仍有可能发生经血/血液制品传播传染性疾病;同时也有可能发生不良反应。

医生告知我,如下输血/血液制品治疗可能发生的风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的治疗方案根据不同患者的情况有所不同,医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容和特殊问题。

1. 我理解任何所用药物都可能产生副作用,包括发热、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命。

2. 我理解此治疗可能发生的风险

(1)过敏反应,严重时可引起休克。

(2)发热反应。

(3)感染肝炎(乙肝、丙肝等)。

(4)感染艾滋病、梅毒。

(5)感染疟疾。

(6)巨细胞病毒或 EB 病毒感染。

(7)其他输血不良反应及潜在血源感染。

(8)除上述情况外,本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其他事项,如______________。

3. 我理解治疗后如果我不遵医嘱,可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我个人的病情,除上述风险以外,还可能出现以下

特殊并发症或风险________________________________

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

□有关输血/血液制品治疗的原因、必要性以及输血/血液制品治疗可能存在的风险和不良反应，医护人员已经向我们详细告知，我们理解，受医学科学技术条件局限，在输血/血液制品过程中上述风险是难以完全避免的。

□我________（“同意”或“不同意”）实施必要的输血/血液制品治疗并自主自愿承担可能出现的风险。若在输血/血液制品治疗期间发生意外紧急情况，________（“同意”或“不同意”）接受贵院的必要处置。

患者签名______________　　签名日期____年____月____日

身份证号______________　　联系电话______________

通讯地址____

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　　与患者关系________

签名日期______年______月______日

身份证号______________　　联系电话______________

通讯地址____

五、使用自费药品和医用耗材告知同意书

____________医院

使用自费药品和医用耗材告知同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

根据有关规定，下列药品/材料不属于或者部分不属于公费医疗、大病统筹和社会基本医疗保险报销范围，此种药品/材料的费用须由患者个人承担。患者可以选择是否使用此种自费药品/材料。

<table>
<tr><td rowspan="2">序号</td><td rowspan="2">自费药品/医用耗材</td><td colspan="2">患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：
有关此种药品/材料需要患者个人承担费用的情况，医生已经向我们详细告知。（患者或其授权的亲属在此签名）</td><td rowspan="2">医生签字</td><td rowspan="2">签名日期</td></tr>
<tr><td>我同意使用，并同意个人承担此种药品/材料的费用</td><td>我不同意使用，对所发生的一切后果我自行承担责任</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>……</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

（关于药品和耗材其他告知内容详见具体的使用说明书）

六、拒绝或放弃医学检查告知书

__________医院

拒绝或放弃医学检查告知书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当接受检查，并建议患者接受适当的医疗措施。

但是患者现在拒绝或者放弃我院医护人员建议的以下医疗措施____________________。拒绝或放弃医学检查将导致医生无法对疾病和病情作出正确诊断和判断，进而产生如下后果，请患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人认真斟酌后决定。

1. 病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡。

2. 出现各种感染或使原有的感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加患者痛苦，甚至可能导致不良后果。

3. 出现某1个或者多个器官功能减退、部分功能甚至全部功能的丧失，有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病和症状，甚至产生不良后果。

4. 原有的医疗花费失去应有的作用。

5. 增加患者其他不可预料的风险及不良后果。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

我(或是患者的监护人)已年满18周岁且具有完全民事行为能力，我拒绝或放弃医院对我的医学检查服务。医护人员已经向我解释了接受医学检查措施对我的疾病治疗的重要性和必要性，并且已将拒绝或者放弃医学检查的风险及后果向我作了详细的告知。我仍然坚持拒绝或放弃医学检查。

我自愿承担拒绝或放弃医学检查所带来的风险和不良后果。我拒绝或放弃医学检查产生的不良后果与医院及医护人员无关。

患者签名＿＿＿＿＿＿　　签名日期＿＿年＿＿月＿＿日

身份证号＿＿＿＿＿＿　　联系电话＿＿＿＿＿＿

通讯地址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名＿＿＿＿　　与患者关系＿＿＿＿

签名日期＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

身份证号＿＿＿＿＿＿　　联系电话＿＿＿＿＿＿

通讯地址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医护人员陈述：

我已经将患者继续接受医学检查的重要性和必要性及拒绝或放弃检查的风险、后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知，并且解答了关于拒绝或者放弃检查的相关问题。

医护人员签名＿＿＿＿　　签名日期＿＿年＿＿月＿＿日

七、拒绝或放弃医学治疗告知书

__________医院

拒绝或放弃医学治疗告知书

姓名________ 性别________ 年龄________ 住院号________

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当接受治疗，并建议患者接受适当的医疗措施。

但是患者现在拒绝或者放弃我院医护人员建议的以下医疗措施____

特此告知可能出现的后果，请患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人认真斟酌后决定。

1. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能导致病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡。

2. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能出现各种感染或使原有感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加患者的痛苦，甚至可能导致不良后果。

3. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，患者有可能会出现某一个或者多个器官功能减退、部分功能甚至全部功能的丧失，有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病或症状，甚至产生不良后果。

4. 拒绝或放弃医学治疗可能导致原有的医疗花费失去应有的作用。

5. 拒绝或放弃医学治疗可能增加患者其他不可预料的风险及后果。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

我（或是患者的监护人）已年满 18 周岁且具有完全民事行为能力，我拒绝或放弃医院对我的医学治疗服务。医护人员已经向

我解释了接受医疗措施对我的疾病治疗的重要性和必要性，并且已将拒绝或者放弃医学治疗的风险及后果向我作了详细的告知。我仍然坚持拒绝或放弃医学治疗。

我自愿承担拒绝或放弃医学治疗所带来的风险和不良后果。我拒绝或放弃医学治疗产生的不良后果与医院及医护人员无关。

患者签名＿＿＿＿＿＿＿　签名日期＿＿年＿＿月＿＿日

身份证号＿＿＿＿＿＿＿　联系电话＿＿＿＿＿＿＿

通讯地址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名＿＿＿＿　与患者关系＿＿＿＿

签名日期＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

身份证号＿＿＿＿＿＿＿　联系电话＿＿＿＿＿＿＿

通讯地址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医护人员陈述：

我已经将患者继续接受医学治疗的重要性和必要性以及拒绝或者放弃治疗的风险及后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知，并且解答了关于拒绝或者放弃治疗的相关问题。

医护人员签名＿＿＿＿　　签名日期＿＿年＿＿月＿＿日

八、自动出院或转院告知书

＿＿＿＿＿医院

自动出院或转院告知书

姓名＿＿＿＿　性别＿＿＿＿　年龄＿＿＿＿　住院号＿＿＿＿

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当继续留住我院接受治疗，但是患者现要求自动出院或转院，特此向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知患者出院或转院可能出现的风险及不良后果：

1. 自动出院或者转院，在我院原有的治疗中断，患者有可能导致病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡。

2. 自动出院或者转院，在我院原有的治疗中断，患者有可能出现各种感染或使原有的感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加患者的痛苦，甚至可能导致不良后果。

3. 自动出院或者转院，在我院原有的治疗中断，患者有可能会出现某一个或者多个器官功能减退、部分功能甚至全部功能的丧失，有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病或症状，甚至产生不良后果。

4. 自动出院或者转院有可能导致部分检查或治疗重复进行，有可能导致诊治费用增加。

5. 自动出院或者转院有可能增加患者其他不可预料的风险及不良后果。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

我(或是患者的监护人)已年满 18 岁且具有完全民事行为能力，我拒绝医院的医疗诊治服务，并在违背医护人员意见的情况下离开该医院。医护人员已经向我解释了医疗诊治对我的疾病的重要性和必要性，并且已将自动出院或者转院可能出现的风险及后果向我作了详细的告知。我仍然坚持离开该医院。

我自愿承担自动出院或转院所带来的风险和不良后果。我自动出院或转院产生的不良后果与医院及医护人员无关。

患者签名______________　　签名日期____年____月____日

身份证号______________　　联系电话______________

通讯地址____

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　　与患者关系________

签名日期______年______月______日

身份证号______________　　联系电话______________

通讯地址____

医护人员陈述：

我已经将患者继续留住我院接受治疗的重要性和必要性及自动出院或转院所带来的风险、后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知，并且解答了关于自动出院或者转院的相关问题。

医护人员签名________　　　签名日期____年____月____日

九、尸体解剖告知书

__________医院

尸体解剖告知书

姓名______　性别______　年龄______　住院号______

尊敬的患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

您的家人________在我院________科住院治疗，因疾病________________于______年______月______日______时______分去世，敬请节哀并特此告知如下事项：

(1)如死者生前未对尸体作出明确处理意见，死者的家属具有对尸体及器官捐献的处置权。

(2)如家属对死者的死因有异议，应在48小时内提出尸检申请。我院具有尸体冷冻条件，尸检时间可以延长至7日(尸体冷冻费用需另行交纳)。

(3)如因拒绝或者拖延尸检，超过规定时间，从而对死因的判定产生了影响，自行承担责任。

(4)尸体解剖的过程需要损坏死者的体貌，取出必要的组织、内脏器官进行检验，所以在尸体解剖时尸体的体貌会有所损坏，同时死者的部分组织、内脏器官会缺失。并且，即使进行了全面、系统的尸体解剖和病理检验，仍有可能查不出真正的死因。

(5)尸检需要在以下具备资格的机构进行：

①卫生行政部门批准设置具有独立病理解剖能力病理科的医疗机构。

②设有具备独立病理解剖能力的病理教研室或法医教研室的医学院校，或设有医学专业并具备独立病理解剖能力的病理教研室或法医教研室的高等普通学校。

③医患双方可共同选择经过国家司法行政部门批准的司法鉴定机构。

(6)您可以委托法医病理学人员参加尸检或委派代表观察尸检过程。

患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

医护人员已经将尸检的相关情况向我作了详细的说明，并且及时解答了相关问题。经慎重考虑，我们对尸检处理的决定是：________（“同意尸检”或“不同意尸检”）。

死者授权亲属签名________　　与死者关系________

签名日期______年______月______日

身份证号______________　　联系电话______________

通讯地址____

医护人员陈述：

我已经将尸检的相关情况向患者家属或患者的法定监护人、授权委托人作了详细的告知，并且解答了相关问题。

医护人员签名________　　签名日期____年____月____日

十、口服糖皮质激素治疗知情同意书

__________医院

口服糖皮质激素治疗知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有____________，需要进行糖皮质激素治疗。

糖皮质激素是目前治疗支气管哮喘、间质性肺病、系统性红斑狼疮、血管炎、皮肌炎以及其他自身免疫疾病的常用手段之一，是迅速控制和缓解病情以挽救生命或重要器官功能的必要治疗措施。在治疗前、中、后医生要监测我的症状、体征、体力状况以及有关的化验检查，以评判激素治疗的疗效及副作用。

其他____________________________________

治疗潜在的风险和对策：

医生告知我如下糖皮质激素治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗剂量根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何治疗都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此治疗方案可能发生如下风险：

(1)感染的概率和风险可能增加，如：结核、病毒、细菌、霉菌感染。

(2)血糖、血脂异常，如继发糖耐量异常或继发糖尿病。

(3)继发性高血压、水钠潴留、充血性心力衰竭。

(4)肢体脂肪重新分布、向心性肥胖等。

(5)反酸、烧心，严重者可能出现消化道溃疡、消化道出血。

(6)骨质疏松、股骨头坏死等。

(7)继发性精神改变(兴奋、烦躁、失眠、抑郁、淡漠、幻觉、妄想等)。

(8)青光眼、视乳头水肿或白内障加重等眼部情况。

(9)过敏反应。

(10)治疗效果不理想。

4. 我理解如果我患有高血压、糖尿病、脏器(肝、肾、肺、脑等)功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加

大，或者在治疗中或治疗后出现相关的病情加重或心、脑血管意外，甚至死亡。

5. 我理解治疗中或治疗后不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，除上述风险以外，还可能出现以下特殊并发症或风险________________

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者陈述

●我的医生已经告知我将要进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次治疗的相关问题。

●我完全理解此次治疗的必要性和存在的风险，并同意上述治疗方案。

●我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式作出调整。

●我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

●我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。

患者签名________　　签名日期____年____月____日

身份证号________　　联系电话________

通讯地址________________

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　　与患者关系________

签名日期____年____月____日

身份证号________　　联系电话________

通讯地址________________

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

十一、心包穿刺检查治疗知情同意书

__________医院

心包穿刺检查治疗知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有________________，需要在________麻醉下进行__________手术(检查)。

心包积液是一种较常见的临床表现，尤其是在超声心动图成为心血管疾病的常规检查方式之后，心包积液在患者中的检出率明显上升，高达8.4%，大部分心包积液由于量少而不出现临床征象。少数患者由于大量积液而以心包积液成为突出的临床表现。当心包积液持续数月以上时而成慢性心包积液。导致慢性心包积液的病因有多种，大多与可累及心包的疾病有关。

心包积液分析对心包疾病的诊断与治疗有重要的指导意义。同时，心包积液分析结果应结合临床症状及其他检查指标如血清学肿瘤标记物、自身抗体标记物与结核标记物进行综合评价。

心包积液可由多种原因造成：感染性；全身性疾病；肿瘤；药物诱发；外伤；病因不明；自身免疫性心包炎等。

心包穿刺的目的：抽出积液，缓解症状；对积液进行各种理化检查，明确病因，指导进一步治疗。

其他____

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下心包穿刺检查治疗可能发生的风险，有些不

常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策。

(1)围手术期各种感染。

(2)X线相关损害。

(3)穿刺相关并发症：穿刺伤口局部血肿、大出血、血管破裂，心脏压塞，假性动脉瘤，动静脉瘘等，严重者可有出血性休克，危及生命，甚至需手术治疗。

(4)造影剂所致过敏反应及毒性反应：术中所用药物可能造成皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血反应等，重者可能有生命危险。

(5)导丝或导管打结、折断不能取出或器械原因造成的意外情况，可能需要手术治疗。

(6)由于导管刺激可能产生严重心律失常，如室性心动过速、心室纤颤，危及生命，需要电除颤等抢救措施。

(7)解剖结构异常及其他原因造成的手术不成功，可能需中转手术或再次手术治疗。

(8)其他意外情况。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心、脑血管意外，甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，除上述风险以外，还可能出现以下

特殊并发症或风险____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的手术方式、术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次手术的相关问题。

●我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式作出调整。

●我理解我的手术需要多位医生共同进行。

●我并未得到手术百分之百成功的许诺。

●我授权医师对手术涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

●我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。

患者签名______________　　签名日期____年____月____日

身份证号______________　　联系电话______________

通讯地址____

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期______年______月______日

身份证号______________　　联系电话______________

通讯地址____

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　　签名日期____年____月____日

十二、血管造影术知情同意书

________医院

血管造影术知情同意书

姓名________ 性别________ 年龄________ 住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有________，需要在________麻醉下进行________手术。

血管造影术是诊断血管疾病的有效方法，但存在一定的创伤和风险。需要经皮穿刺血管建立通路，通过置入导管、导丝等选择血管，通过注射造影剂于X射线下显示血管完成造影。

其他____

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下血管造影术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策。

(1)麻醉意外，心、脑血管意外(心肌梗死、脑梗死、脑出血等)，心律失常，有生命危险。

(2)围手术期各种感染，包括穿刺伤口感染、置入支架感染、肺部感染、泌尿系统感染等。

(3)X射线相关损害。

(4)出血：穿刺点局部血肿，假性动脉瘤形成，入路血管或操作靶血管破裂，胸腹腔或后腹膜出血，介入相关损伤导致内脏出血(如消化道或泌尿系统出血、颅内出血等)，严重者出现休克、死亡。

(5)损伤：穿刺导致动静脉瘘，周围神经损伤产生神经刺激症

状,暂时或永久性神经功能障碍,损伤周围脏器导致相关症状,导管、导丝损伤血管导致斑块破裂、夹层形成、血管破裂等。

(6)栓塞:全身各脏器或肢体血管栓塞,导致相应缺血症状、功能障碍或丧失。

(7)造影剂(或栓塞剂)及术中用药可能导致毒副反应,如损害肾功能导致肾衰竭,药物过敏导致过敏性休克等症状。

(8)导丝、导管发生打结、成角、断裂,不能取出导致栓塞等,相应脏器功能障碍;或器械、材料等原因造成意外情况,导致介入治疗失败或其他意外,可能需同期或二期开放手术。

(9)解剖结构、病变特点或技术条件等导致介入治疗不成功或中止,但相应医疗费用仍由患者承担。

(10)术后下肢深静脉血栓形成,存在并发肺动脉栓塞及危及生命的可能。

(11)介入治疗后症状不能缓解或加重。

(12)其他意外。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在术中或术后出现相关的病情加重或心、脑血管意外,甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱,可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我个人的病情,除上述风险以外,还可能出现以下特殊并发症或风险＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择:

●我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次手术的相关问题。

●我同意在手术中医生可根据我的病情对预定的手术方式作

出调整。

●我理解我的手术需要多位医生共同进行。

●我并未得到手术百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

●我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。

患者签名______________ 签名日期____年____月____日

身份证号______________ 联系电话______________

通讯地址____

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________ 与患者关系________

签名日期____年____月____日

身份证号______________ 联系电话______________

通讯地址____

医生陈述：

已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________ 签名日期____年____月____日

十三、放射治疗知情同意书

__________医院

放射治疗知情同意书

姓名________ 性别________ 年龄________ 住院号________

治疗介绍和建议：

医生已告知我患________，需要进行________放射治疗。尽管一般情况下放射线对人体是有害的，但是在肿瘤或某些其他疾

病治疗中，放射治疗却是一种重要且非常有效的治疗手段。因此放射治疗是安全可靠的。

治疗潜在风险和对策：

医生告知我如下放射治疗期间可发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的放疗方案根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我放疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何放射治疗都存在风险。

2. 我理解实施放射治疗根据治疗部位的不同，存在以下风险。

(1)全身反应：乏力、食欲下降、恶心、呕吐。

(2)造血系统反应：骨髓抑制、白细胞减少、血小板减少。

(3)心脏损害：心动过速、心律失常、心肌炎、心衰、心脏病加重、心肌梗死概率上升。

(4)气管损害：咳嗽、咳血、放射性气管炎、气管狭窄、气管瘘。

(5)肺脏损害：放射性肺炎、肺纤维化、肺功能损害。

(6)食管损害：放射性食管炎、食管穿孔、食管一气管瘘、食管出血、纵隔血管破裂出血。

(7)肝脏损害：肝功能异常、放射性肝炎、放射性肝坏死。

(8)胃肠损害：胃炎、放射性直肠炎、肠狭窄、肠梗阻、胃肠穿孔、肠出血、肠粘连。

(9)泌尿系统损害：尿道炎、放射性膀胱炎、肾功能异常、放射性肾炎、膀胱出血、穿孔、挛缩、尿道狭窄、梗阻。

(10)骨损害：骨质疏松、放射性骨髓炎、骨折、放射性骨坏死。

(11)唾液腺及口腔反应：唾液腺分泌抑制；口腔粘膜急性反应、急慢性溃疡。

(12)皮肤和肌肉损害：急性放射反应、放射后纤维化，充血、肿胀、糜烂、溃疡甚至形成窦道、经久不愈、纤维变、萎缩及皮肤花斑样改变和色素沉着；软组织红肿、疼痛、水肿、蜂窝组织炎、坏死、肌肉萎缩、肌痉挛、软组织纤维变、活动受限。

(13)脊髓损害:放射性脊髓炎、截瘫。

(14)脑损伤:急性放射性脑水肿、颅内压升高、脑疝、慢性放射性脑损伤、脑坏死。

(15)生长发育障碍。

(16)内分泌功能低下:脑垂体、甲状腺、性腺。

(17)五官损害。

(18)放射性白内障、眼底损伤、视神经损伤、眼球萎缩、失明、听力障碍。

3. 我理解放射治疗是对肿瘤病灶的局部治疗,治疗期间或治疗后可能会出现肿瘤的远处转移。

4. 我理解放疗区域内在放疗期间或放疗后仍有可能出现肿瘤进展或复发。

5. 我理解如果我患有高血压病、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,可能会加大以上这些风险,或者在治疗期间或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

6. 我理解因病灶进展或自身健康的原因,放疗可能终止。

7. 我理解定位和放疗过程中如果我的体位不当或不遵医嘱,可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我个人的病情,我可能出现以下特殊并发症或风险____

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择:

●我的医生已经告知我将要进行的放疗方式、此次放疗及放疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次放疗的相关问题。

●我同意在放疗期间医生可以根据我的病情对于放疗实施方案做出调整。

●我理解我的放疗方案的实施需要多位医生和技术人员共同进行。

●我并未得到放射治疗百分之百治愈所患疾病的许诺。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的放疗方式、此次放疗及放疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次放疗的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

十四、中心静脉置管及化疗知情同意书

__________医院

中心静脉置管及化疗知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我需接受中心静脉置管及化疗，需要在________麻醉下进行________手术。

治疗潜在风险和对策：

医生告知我如下中心静脉置管及化疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗方案根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 医师已向我详细解释辅助化疗的必要性，我表示完全理解，

决定接受化疗，并授权医师根据我的病情制订化疗方案。我理解任何化疗对生理有不同程度的影响，并有发生并发症以及毒副反应的可能性。在此情况下，我授权各位医师根据具体情况决定相应治疗措施。

4. 我理解此治疗可能发生的风险

(1)误穿动脉及术后出血。

(2)气胸、血胸、胸腔积液。

(3)中心静脉导管或置入化疗泵感染需取出。

(4)化疗泵堵塞。

(5)管折断等罕见并发症。

(6)化疗药物过敏，严重可致过敏性休克。

(7)骨髓抑制，白细胞降低，严重的可致重症感染；血小板减少自发出血，血红蛋白降低等。

(8)胃肠道反应如:恶心呕吐及食欲不振，电解质紊乱，粘膜损伤。

(9)粘膜炎、口腔溃疡、腹泻等，严重的可致脱水。

(10)肝肾功能损害。

(11)心或肺功能损害，严重的可致肺纤维化。

(12)肝脏毒性致各项肝功能严重受损。

(13)肾脏及膀胱毒性致急性肾衰、出血性膀胱炎。

(14)神经系统毒性，神经感觉、运动障碍，末梢神经炎。

(15)生殖系统损害，丧失生育功能，致畸作用。

(16)药液渗漏及静脉炎。

(17)手足综合征、脱发等。

(18)全身或局部色素沉着以及其他毒副作用。

(19)其他意外。

5. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，可能会加大以上这些风险，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

6. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险：

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

●我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

●我理解我的手术需要多位医生共同进行。

●我并未得到手术百分之百成功的许诺。

●我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

身份证号______________　　联系电话______________

通讯地址____

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　　　签名日期____年____月____日

十五、放射科介入诊疗知情同意书

________医院

介入诊疗知情同意书

姓名______ 性别______ 年龄______ 出生日期______

放射科号_____ 病房_____ 床号_____ 住院号/门诊号_____

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有________，需要在________麻醉下进行。

□良、恶性肿瘤经导管化疗和/或栓塞术

□经皮穿刺肿瘤化学/物理消融术

□经皮穿刺活检术

□非血管管腔狭窄球囊成形及内支架植入/取出术

□经皮穿刺胆管引流/活检术

□经皮穿刺囊肿/脓肿引流术

□胆管探查及 T 形管置换术

□经皮穿刺胃造瘘及胃空肠造瘘术

□椎体成形术

□血管造影及栓塞术

□血管管腔狭窄球囊成形及内支架植入术

□经皮血管内异物取出术

□动脉瘤带膜支架腔内隔绝术

□动脉瘤载瘤动脉及动脉瘤栓塞术

□经导管溶栓、取栓术

□下腔静脉滤器植入术

□血管畸形腔内硬化治疗

□其他________手术。

1. 血管介入检查/治疗是根据患者的实际情况将特制的导管等介入器材，经血管送至病变部位，根据造影表现，了解病变区域的解剖及病理结构变化，以帮助诊断或进行病变血管成形、栓塞、注药或异物取出等治疗的微创技术。

2. 非血管介入性检查/治疗是根据患者的实际情况通过经皮穿刺路径或经人体的非血管管腔送入特制的导管等介入器材，进行肿瘤活检、引流、管腔成形或异物取出等诊断和治疗操作的微创技术。

手术目的：

1. 通过血管、非血管造影或活检，协助诊断肿瘤及血管病。

2. 通过血管内注药或化学、物理消融的方法，杀灭肿瘤，延长患者的生存期，改善患者的生存质量。

3. 行血管或非血管管腔成形，缓解梗阻症状，挽救、改善缺血或梗阻器官功能。

4. 其他____

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下介入手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术及麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策

(1)过敏性反应：术中所用药物（造影剂、麻醉剂等）可能造成皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血反应等。

(2)穿刺点并发症：局部血肿、假性动脉瘤或动－静脉瘘形成、邻近脏器损伤。

(3)选择性插管相关并发症：血管痉挛、血管内膜损伤、血管破裂；血栓形成、附壁血栓或斑块脱落，造成相应供血组织、器官缺血、坏死。

(4)血管腔内成型相关并发症：术中血管痉挛、血管内膜损伤、血管破裂；术中、术后支架内急性血栓形成、支架移位；术后支架再

狭窄。

(5)造影剂、化疗药物引起的毒副作用：过敏反应、胃肠道反应、骨髓抑制、心肝肾功能损害、皮肤粘膜溃疡等。

(6)栓塞治疗相关并发症：栓塞后发热、局部疼痛、胃肠道反应；栓塞剂异位栓塞造成相应组织、器官功能损害。

(7)严重心律失常：如心动过缓、室性心动过速、心室颤动、心室停搏等。

(8)急性心肌梗死。

(9)急性心力衰竭、休克。

(10)感染(包括局部和全身)。

(11)解剖结构异常及其他原因造成手术不成功或需分次手术。

(12)除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其他事项，如：____________。

4. 我理解如果我患有高血压病、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交代并发症以外的风险________________________

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

●我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整，一旦发生风险，本人授权医护人员按照医学常规予以处置。

●我理解我的手术需要多位医生共同进行。

●我并未得到手术百分之百的许诺。

●我授权医师对手术组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

十六、胸腔穿刺术知情同意书

__________医院

胸腔穿刺术知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我的________侧胸腔患有________，需要在________麻醉下进行________手术。

胸腔穿刺术的目的是：

(1)穿刺抽取胸腔积液，协助确定诊断。

(2)引流胸腔积液、积气减压，缓解症状。

(3)减轻和预防胸膜粘连、增厚。

(4)减轻肺不张。

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下胸腔穿刺手术可发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医生告诉我可与我的医生讨论有关

我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策

(1)局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等。

(2)麻醉药过敏，药物毒性反应及其他麻醉意外。

(3)穿刺部位局部血肿，皮下气肿。

(4)心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等。

(5)穿刺失败。

(6)术中、术后出血、渗液、渗血。

(7)胸膜反应：心悸、胸部压迫感、头晕、出汗、低血压休克。

(8)气胸、血气胸、皮下气肿，严重时危及生命。

(9)肺水肿。

(10)损伤肺脏、局部神经或其他组织、器官。

(11)穿刺处局部或胸膜腔感染，必要时需要置管引流。

(12)术后胸腔积液或气胸再次出现，必要时需要置管引流。

4. 我理解如果我患有高血压病、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，可能会加大以上这些风险，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

十七、腹腔穿刺术知情同意书

__________医院

腹腔穿刺术知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有________，需要在________麻醉下进行________术。

腹腔穿刺术的目的是：

(1)明确腹腔积液的性质，协助诊断。

(2)适量的抽出腹水，以减轻患者腹腔内的压力，缓解腹胀、胸

闷、气急、呼吸困难等症状，减少静脉回流阻力，改善血液循环。

(3)向腹膜腔内注入药物。

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下腹腔穿刺术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何操作麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策

(1)局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等。

(2)局麻醉过敏，药物毒性反应。

(3)穿刺部位局部血肿。

(4)心血管症状：穿刺期间可发生高血压病、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等。

(5)穿刺及留置管失败。

(6)术中、术后出血、渗液、渗血，损伤周围神经、动脉、静脉，致出血、血肿形成，可能需要行二次手术。

(7)留置管折叠、折断、遗留、堵塞、滑脱等。

(8)穿刺损伤肠管，穿透肠管致感染性腹膜炎。

(9)穿刺损伤腹腔其他脏器，如膀胱、肝脏等。

(10)腹腔留置管处窦道形成、腹膜粘连。

(11)穿刺放液后可致血压下降或休克。

(12)术后胃肠道出血，应激性溃疡，严重者死亡。

(13)术中大出血，导致失血性休克，严重者死亡。

(14)如果卧床时间较长可能导致肺部感染、泌尿系统感染、褥疮、深静脉血栓及肺栓塞、脑栓塞等。

(15)其他目前无法预计的风险和并发症。

4. 我理解如果我患有高血压病、心脏病、糖尿病、肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

十八、腰椎穿刺术知情同意书

__________医院

腰椎穿刺术知情同意书

姓名________ 性别________ 年龄________ 住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我的脑部或脊髓患有炎症性、出血性、占位性或其他病变，需要在________麻醉下进行________术。

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下腰椎穿刺术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方案根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策

(1)穿刺过程中可能会出现如下危险：

①穿刺部位出血：包括皮肤、软组织出血，甚至椎管内出血、蛛网膜下血肿，严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍。

②感染：由于患者免疫力低下有可能出现穿刺部位皮肤或软组织感染，严重可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症。

③穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能，造成肢体感觉、运动障碍，甚至瘫痪、尿潴留、便失禁等。

④有穿刺失败的可能，届时可能需要再次穿刺。

(2)术后可能出现如下危险：

①化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及白质脑病。

②中枢神经系统感染。

③颅内压力升高，引起头痛、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下隙出血，严重时可引起脑疝、昏迷，可引起脑功能性障碍、昏迷、甚至呼吸心跳停止，乃至死亡。

④术后低颅压综合征。

⑤鞘内注射药物可引起急性蛛网膜炎，表现为头痛、颈背痛、恶心呕吐、发热、头晕等颅内压增高症状。

⑥鞘内注射药物过敏，如：发热、皮疹，严重可出现过敏性休克、死亡。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

5. 我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险________________________________

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

十九、腰椎穿刺及鞘内注射知情同意书

__________医院

腰椎穿刺及鞘内注射知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患________需要进行腰椎穿刺及鞘内注射术。

手术潜在风险和对策：

医生告知我腰穿/鞘内注射可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何操作及治疗都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策。

(1)穿刺过程中可能会出现如下危险：

①穿刺部位出血：包括皮肤、软组织出血，甚至椎管内出血、蛛网膜下血肿，严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍。

②感染：由于患者免疫力低下有可能出现穿刺部位皮肤或软组织感染，严重可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症。

③穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可

能，造成肢体感觉、运动障碍，甚至瘫痪、尿潴留、便失禁等。

④有穿刺失败的可能，届时可能需要再次穿刺。

(2)鞘内注射过程中及术后可能出现如下危险：

①化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及白质脑病。

②中枢神经系统感染。

③颅内压力升高，引起头痛、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下隙出血，严重时可引起脑疝、昏迷，可引起脑功能性障碍、昏迷、甚至呼吸心跳停止，乃至死亡。

④术后低颅压综合征。

⑤鞘内注射药物可引起急性蛛网膜炎，表现为头痛、颈背痛、恶心呕吐、发热、头晕等颅内压增高症状。

⑥鞘内注射药物过敏，如：发热、皮疹，严重可出现过敏性休克、死亡。

⑦鞘内注射甲氨蝶呤或阿糖胞苷出现慢性神经损伤，如：脊髓损伤、坏死性白质脑病和上行性瘫痪等。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交代并发症以外的特殊风险______________________________

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

二十、骨髓穿刺/活检术知情同意书

__________医院

骨髓穿刺/活检术知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我需要在________麻醉下进行________术。

手术潜在风险和对策：

医生告知我骨髓穿刺/活检可发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的医疗方案术式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我医疗方案的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此医疗方案存在以下并发症风险和局限性

(1)局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等。

(2)局麻药过敏，药物毒性反应。

(3)穿刺部位局部出血血肿。

(4)心血管症状：穿刺期间可能发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填满、心跳呼吸骤停等。

(5)由于疾病原因或患者自身因素导致的穿刺失败，可能需要再次穿刺。

(6)术中、术后出血、渗液、渗血，损伤周围神经、动脉、静脉，致出血、血肿形成。

(7)穿刺针折断。

(8)除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其他事项，如＿＿＿＿＿＿＿＿。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交代并发症以外的风险＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名＿＿＿＿＿　　　　签名日期＿＿年＿＿月＿＿日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名＿＿＿＿＿　与患者关系＿＿＿＿＿

签名日期＿＿年＿＿月＿＿日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能

发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

二十一、肝脏穿刺术知情同意书

__________医院

肝脏穿刺术知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有____________，需要在____________麻醉下进行____________术。

肝脏穿刺术的目的：

(1)确定肝病的原因，对于一些其他方法不能确诊的肝病有一定的确诊价值。

(2)确定肝病的严重程度，包括肝细胞变性坏死的程度和肝纤维化的程度，有助于确定治疗方案及判定预后。

(3)治疗前后的两次或多次肝穿还有助于了解治疗效果。

(4)有针对性的穿刺某些特殊部位，如肿瘤、囊肿、血管瘤等，进行相应诊断或治疗。

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下肝脏穿刺术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策

(1)穿刺局部感染、肝内感染、腹腔内感染或败血症。

(2)局麻药过敏，药物毒性反应。

(3)穿刺部位局部血肿，皮下气肿，穿刺损伤局部神经。

(4)心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等。

(5)穿刺失败。

(6)渗液、渗血、出血，严重者发生失血性休克乃至死亡。

(7)穿刺管折断、遗留、堵塞等。

(8)肝脏破裂及肿瘤针道种植转移。

(9)损伤腹腔其他脏器，严重者需手术治疗。

(10)未能穿及并获取足够的肝脏组织。

(11)术后诊断仍不能明确。

(12)其他可能发生的无法预料或者不能防范的并发症。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名＿＿＿＿＿＿　　　　签名日期＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________ 与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________ 签名日期____年____月____日

二十二、手术知情同意书

__________医院

手术知情同意书

姓名________ 性别________ 年龄________ 住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有______，需要在______麻醉下进行______手术。

手术目的：

(1)进一步明确诊断。

(2)切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他)。

(3)缓解症状。

(4)其他____。

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策

(1)麻醉并发症,严重者可致休克,危及生命。

(2)术中、术后大出血,严重者可致休克,危及生命。

(3)术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式。

(4)伤口并发症:出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合,瘘管及窦道形成。

(5)脂肪、羊水栓塞:严重者可致昏迷及呼吸衰竭,危及生命。

(6)呼吸系统并发症:肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等。

(7)心脏病并发症:心律失常、心肌梗死、心衰、心搏骤停。

(8)尿路感染及肾衰竭。

(9)脑并发症:脑血管意外、癫痫。

(10)精神病并发症:手术后精神病及特别的其他精神问题。

(11)血栓性静脉炎,以致肺栓塞、脑栓塞。

(12)多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血)。

(13)水电解质平衡紊乱。

(14)诱发原有疾病恶化。

(15)术后病理报告与术中快速病理检查结果不符。

(16)再次手术。

(17)因病灶或患者健康的原因,终止手术。

(18)病灶切除不全,或肿瘤残体存留。

(19)术中损伤神经、血管及邻近器官,如________________。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱,可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我个人的病情,我可能出现以下特殊并发症或风险____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

●我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

●我理解我的手术需要多位医生共同进行。

●我并未得到手术百分之百成功的许诺。

●我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

二十三、手术中冰冻切片检查知情同意书

__________医院

手术中冰冻切片检查知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

检查介绍和建议：

医生已告知我患有____________，需要在手术中进行冰冻检查，以决定下一步治疗的方案。

手术中冰冻切片检查是临床医师在实施手术过程中，就与手

术方案有关的疾病诊断问题请求病理医师快速进行的紧急会诊，要求病理医师在短时间内，根据对切除标本的巨检和组织块快速冰冻切片观察后，向手术医师提供参考性病理学诊断意见。

限于医学技术的发展水平，目前冰冻切片的诊断准确率有限。

手术中冰冻检查潜在风险和对策：

1. 我理解冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考性意见，它具有局限性，其准确率一般在95%左右。

2. 我理解一些病变单靠冰冻切片难以鉴别良恶性，为防止对患者造成不必要的损伤，病理医师遇到不典型或可疑恶性时会在冰冻报告中提示等待常规石蜡诊断。

3. 我理解冰冻报告不能作为最后诊断，最后诊断须等待石蜡切片。

4. 我理解冰冻报告与常规石蜡切片报告可能不一致，此时以石蜡切片诊断报告为准。手术方案有可能因此发生改变。

5. 我在权衡风险与危害后，愿意“接受”或“拒绝”冰冻检查，或等待准确性更高的“常规石蜡切片诊断”。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　　签名日期____年____月____日

二十四、经外周置入的中心静脉导管(PICC)术知情同意书

__________医院

经外周置入的中心静脉导管(PICC)术知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患________需要在________麻醉下进行经外周置入的中心静脉导管(PICC)术。

为方便治疗，需要为患者进行 PICC 术。

(1)减少频繁穿刺外周静脉的次数，减轻患者痛苦。

(2)避免化疗药物外渗引起的并发症。

(3)中心静脉导管实施化疗、干细胞输注安全规程有效，保护外周静脉。

手术潜在风险和对策：

医生告知我 PICC 术及留置导管可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术存在以下并发症风险和局限性

(1)少数患者因个体差异，血管变异，可能出现穿刺及置管失

败，需再次穿刺。

（2）少数患者可发生导管异位、脱落、脱出、断裂、堵塞、血管栓塞，个别患者不能耐受置入的导管而治疗途中拔管等情况发生。

（3）少数患者可发生局部不适、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡。

（4）少数患者因术中精神紧张而发生心脏血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成，部分患者可发生其他周边组织损伤，如气胸等。

（5）穿刺部位局部血肿，皮下气肿。

（6）液体渗出，局部组织发生坏死。

（7）根据相关规定，此项费用属自费范畴。

（8）除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其他事项，如＿＿＿＿＿＿＿＿。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交代并发症以外的风险＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名＿＿＿＿＿　　　　签名日期＿＿年＿＿月＿＿日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________ 与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________ 签名日期____年____月____日

二十五、深静脉置管术知情同意书

__________医院

深静脉置管术知情同意书

姓名________ 性别________ 年龄________ 住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有______需要在______麻醉下进行 □临时性 □长期性；□经颈内静脉 □经股静脉 □经锁骨下静脉的深静脉置管术。

深静脉置管术是通过颈内静脉、股静脉或锁骨下静脉穿刺、在深静脉腔内留置双腔导管的技术，根据临床治疗的需要，可分为临时性或长期性中心静脉置管两种方式。

□为方便化疗或造血干细胞移植期间的治疗，需要为患者进行深静脉置管。

1. 减少频繁穿刺外周静脉的次数，减轻患者痛苦。

2. 避免化疗药物外渗引起的并发症。

3. 深静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效，可保护外周静脉。

□深静脉置管术主要是为了解决外周静脉穿刺不能满足治疗需要的问题以及用于部分动静脉条件不佳的免疫净化患者。

□深静脉置管是为血液净化治疗建立血管通路，是保证血液净化治疗顺利和充分进行的关键。

□其他____

手术潜在风险和对策：

医生告知我深静脉穿刺术及留置导管可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的医疗方案根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我医疗方案的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策

(1)局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等。

(2)血管损伤：发生出血、假动脉瘤、静脉狭窄、动静脉瘘。局部血肿可压迫气道、胸腔、心脏、气管，引起吞咽异物感，心悸、阵发性刺激性干咳、发热甚至窒息死亡等，必要时需外科手术治疗。

(3)穿刺部位局部血肿、皮下气肿。

(4)心血管症状：穿刺或拔除导管过程中可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等。

(5)周围组织、神经损伤：声音嘶哑、穿刺侧颈部、胸部、上肢部疼痛和乏力、麻木、活动障碍、霍纳氏综合征(穿刺侧瞳孔缩小，睑裂缩小，上眼睑轻度下垂，眼球后陷，同侧面部皮肤血管扩张并无汗)等。

(6)空气栓塞：可影响呼吸，导致心血管衰竭、神经系统后遗症、肺栓塞，甚至死亡等。

(7)血栓形成：可造成血管栓塞、静脉炎、导管堵塞等。

(8)穿刺中或穿刺后可能出现气胸、血胸、胸腔积液、纵隔积液、心包积液、心脏穿孔、淋巴漏等。

(9)穿刺及置管失败。

(10)渗液、渗血，出血量大时可出现休克甚至危及生命。

(11)导管折叠、折断、遗留、堵塞、滑脱等。

(12)上述并发症发生后有可能需要拔除导管后再次置管,也可以导致本人身体器官严重障碍,甚至留下终身残疾,严重的还可能危及生命。

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我个人的病情,我可能出现未包括在上述所交代并发症以外的风险________________________________

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择:

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

二十六、气管插管和机械通气知情同意书

__________医院

气管插管和机械通气知情同意书

姓名________ 性别________ 年龄________ 住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知患者有________，需要进行气管插管和机械通气。

机械通气的目的：改善呼吸功能，维持生命体征，为解除诱发加重因素争取时间。

手术潜在风险和对策：

医生告知患者气管插管和机械通气可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作根据不同患者的情况有所不同，医生已告知患者及家属可与患者的医生讨论有关患者操作的具体内容，如果有特殊的问题可与患者的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策

气管插管：

(1)刺激迷走神经引起呼吸心搏骤停。

(2)口腔局部损伤和牙齿脱落。

(3)咽部感染、喉头水肿及声带损伤。

(4)气管软骨脱位。

(5)误吸、肺部感染和肺不张。

(6)粘液栓、痰栓等引起急性气道阻塞。

(7)误入食管。

(8)插管失败。

机械通气：

(1)呼吸机诱发的肺损伤，相关性肺部感染。

(2)患者不能脱离呼吸机，呼吸机依赖。

(3)血流动力学不稳定，血压下降，心律失常，心力衰竭等循环功能障碍。

(4)患者与呼吸机不同步，致呼吸困难、呼吸功能衰竭继续加重。

(5)患者需要约束治疗。

(6)皮下气肿、纵膈气肿和气胸等，氧中毒。

(7)气管食管瘘。

4. 我理解如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

5. 如果患者的体位不当或不遵医嘱，可能影响操作效果。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我的病情，可能出现以下特殊并发症或风险______

____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

二十七、气管切开术知情同意书

__________医院

气管切开术知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知患者有____________，为保证气道通畅，改善呼吸功能，需要在局麻＋静脉镇静镇痛下进行气管切开术。

手术潜在风险和对策：

医生已告知我及家属如下气管切开术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 任何麻醉都存在风险。

2. 任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 此手术可能发生的风险和医生的对策

(1)心脑血管意外：心律失常、心搏骤停等。

(2)术中损伤气管周围组织，可导致：血管损伤，出血；食管损伤，气管一食管瘘：少见。较小的、时间不长的瘘孔，有时可自行愈合，瘘口较大或时间较长、上皮已长入瘘口者，只能手术修补；神经损伤：包括喉返神经、喉上神经等；甲状腺损伤，出血；皮下气肿：是手术后最常见的并发症，大多数于数日后可自行吸收，不需要作特殊处理。气胸及纵隔气肿：轻者无明显症状，严重者可引起窒息。

此时应行胸膜穿刺，抽除气体。严重者可行闭式引流术。

(3)出血：术中伤口少量出血，可压迫止血，若出血较多，可能有血管损伤，可能需手术结扎出血点。术后出血，对症处理。

(4)由于垫肩或体位变动导致原发病加重，甚至危及生命。

(5)肺部并发症：如肺炎、肺脓肿、支气管炎、肺炎、肺不张等。

(6)术中术后急性窒息致死亡。

(7)术后喉狭窄。

(8)置管位置不佳，必要时二次手术。

(9)术后伤口感染，不愈合或愈合延迟。

(10)术后呼吸功能不佳，导致拔管延迟或终生带管：根据不同病因，酌情处理。

(11)术后脱管。

(12)其他难以预料的意外。

4. 如果患有高血压病、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素：

根据患者病情，患者可能出现以下特殊并发症或风险________

____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

●我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，

包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　　　签名日期____年____月____日

二十八、麻醉知情同意书

__________医院

麻醉知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有____________，需要接受麻醉。

1. 麻醉作用的产生主要是利用麻醉药使中枢神经系统或神经系统中某些部位受到抑制的结果。临床麻醉的主要任务是：消除手术疼痛，监测和调控生理功能，保障患者安全，并为手术创造条件。手术是治疗外科疾病的有效方法，但手术引起的创伤和失血可使患者的生理功能处于应激状态；各种麻醉方法和药物对患者的生理功能都有一定影响；外科疾病本身所引起的病理生理改变，以及并存的非外科疾病所导致的器官功能损害等，都是围手术期潜在的危险因素。麻醉的风险性与手术大小并非完全一致，复杂的手术固然可使麻醉的风险性增加，而有时手术并非很复杂，但由于患者的病情和并存疾病的影响，可为麻醉带来更大的风险。

2. 为了保证我手术时无痛和医疗安全，手术需要在麻醉和严密监测条件下进行。我有权选择适合我的麻醉方法，但根据我的

病情和手术需要，麻醉医师建议我选择以下麻醉方法，必要时允许改变麻醉方式。

□全身麻醉；□全麻＋硬膜外麻醉；□椎管内麻醉；□神经阻滞；□局部麻醉＋强化；□其他

3. 为了我的手术安全，麻醉医师将严格遵循麻醉操作规范和用药原则；在我手术麻醉期间，麻醉医师始终在现场严密监测我的生命体征，并履行医师职责，对异常情况及时进行治疗和处理。但任何麻醉方法都存在一定风险性，根据目前医疗技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如合并其他疾病，麻醉可诱发或加重已有症状，相关并发症和麻醉风险性也显著增加。

4. 为了减轻我术后疼痛、促进康复，麻醉医师向我介绍了术后疼痛治疗的优点、方法和可能引起的意外与并发症，建议我进行术后疼痛治疗，并告知是自愿选择和自费项目。

麻醉潜在风险和对策：

1. 麻醉医师已对我的病情、病史进行了详细询问。我对麻醉医师所告知的、因受医学科学技术条件限制、目前尚难以完全避免的麻醉意外和并发症表示理解。相信麻醉医师会采取积极有效措施加以避免。如果发生紧急情况，医师无法或来不及征得本人或家属意见时，授权麻醉医师按照医学常规予以紧急处理和全力救治。如果所选麻醉方法不能满足手术的需要，授权麻醉医师根据具体情况改变麻醉方式以便顺利完成手术治疗。

2. 我理解麻醉存在以下(但不限于)风险

(1)与原发病或并存疾病相关：脑出血、脑梗死、脑水肿；严重心律失常、心肌缺血/梗死、心力衰竭、肺不张、肺水肿、肺栓塞、呼吸衰竭；肾衰竭等。

(2)与药物相关：过敏反应或过敏性休克，局麻药全身毒性反应和神经毒性，严重呼吸和循环抑制，循环骤停，器官功能损害或衰竭，精神异常，恶性高热等。

(3)与不同麻醉方法和操作相关：

①神经阻滞:血肿、气胸、神经功能损害、喉返神经麻痹,全脊麻等。

②椎管内麻醉:腰背痛,尿失禁或尿潴留,腰麻后头痛,颅神经麻痹,脊神经或脊髓损伤,呼吸和循环抑制,全脊麻甚至循环骤停,硬膜外血肿、脓肿甚至截瘫,穿刺部位或椎管内感染,硬膜外导管滞留或断裂,麻醉不完善或失败等。

③全身麻醉:呕吐、误吸,喉痉挛,支气管痉挛,急性上呼吸道梗阻,气管内插管失败,术后咽痛,声带损伤,环杓关节脱位,牙齿损伤或脱落,苏醒延迟等。

(4)与有创伤性监测相关:局部血肿,纵隔血/气肿,血/气胸,感染,心律失常,血栓形成或肺栓塞,心包填塞,导管打结或断裂,胸导管损伤,神经损伤等。

(5)与输液、输血及血液制品相关:血源性传染病,热源反应,过敏反应,凝血病等。

(6)与外科手术相关:失血性休克,严重迷走神经反射引起的呼吸、心搏骤停,压迫心脏或大血管引起的严重循环抑制及其并发症等。

(7)与急诊手术相关:以上医疗意外和并发症均可发生于急诊手术患者,且发生率较择期手术明显升高。

(8)与术后镇痛相关:呼吸、循环抑制,恶心呕吐,镇痛不全,硬膜外导管脱出等。

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我个人的病情,我可能出现未包括在上述所交代并发症以外的风险______________________________

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择:

●麻醉医生已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他麻醉方法并且解答了我关于此次

麻醉的相关问题。

●我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的麻醉方式做出调整。

●我理解在我的麻醉期间需要多位医生共同进行。

●我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

我同意接受术后疼痛治疗：

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据手术治疗的需要更改为其他麻醉方法的可能性，并且解答了患者关于此次麻醉的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

二十九、麻醉/辅助镇静知情同意书

__________医院

麻醉/辅助镇静知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有____________，需要接受麻醉/辅助镇静。

1. 麻醉/辅助镇静方法是指患者在接受介入诊断检查和/或治疗期间，应用适当的麻醉药或/和镇痛药，使患者得到适当镇静，减轻检查和/或治疗期间患者的痛苦及其所带来的不良反应。

2. 采用麻醉/辅助镇静的方法可以减轻我在接受介入诊断检查和/或治疗操作时的痛苦，以保证操作顺利进行。我有权决定是否选择在麻醉/辅助镇静下进行操作。

3. 为了我的安全，麻醉医师将严格遵循麻醉操作规范和用药原则；在我检查麻醉期间，麻醉医师始终在现场严密监测我的生命体征，并履行医师职责，对异常情况及时进行必要治疗和处理。

4. 但任何麻醉/辅助镇静方法都存在一定风险性，根据目前医疗技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如合并其他疾病，麻醉可诱发或加重已有症状。

麻醉/辅助镇静潜在风险和对策：

1. 麻醉医师已尽量以我所能明白的方式向我告知麻醉/辅助镇静的目的、方法、优点及可能发生的意外和并发症。我对于目前难以完全避免的麻醉/辅助镇静的意外和并发症表示理解。相信麻醉医师会采取积极有效措施加以避免。一旦发生，我授权麻醉医师及时处理和全力救治。

2. 我理解麻醉/辅助镇静存在以下(但不限于)风险：

(1)根据麻醉操作常规、按照《中华人民共和国药典》的要求，使用各种、各类麻醉药后，患者仍有可能出现中毒、过敏、高敏、神经毒性等反应，导致休克、呼吸心跳停止。

(2)全麻时，特别是对急症饱胃患者，麻醉前虽已经采取力所能及的预防措施，但仍不能完全避免发生呕吐、反流、误吸，甚至窒息、死亡。

(3)全身麻醉可引起喉或支气管痉挛。

(4)麻醉可诱发、加重已有的合并症，导致组织器官功能衰竭。

(5)麻醉过程中，可发生各种心律失常、神经反射性血流动力学改变等。

(6)患者本身合并其他疾病或有重要脏器损害者，相关并发症和麻醉危险性显著增加。

(7)常规胃肠镜等介入检查和治疗可能引起并发症。

(8)其他____

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交代

并发症以外的风险____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●麻醉医生已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他麻醉方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。

●我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的麻醉方式做出调整。

●我理解在我的麻醉期间需要多位医生共同进行。

●我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。

患者签名________　　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据手术治疗的需要更改为其他麻醉方法的可能性，并且解答了患者关于此次麻醉的相关问题。

医生签名________　　　　　签名日期____年____月____日

三十、胃镜检查知情同意书

__________医院

胃镜检查知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生告知我目前诊断考虑为____________，根据你病情诊治的需要，你有必要进行胃镜检查，建议你认真了解以下相关内容并

做出是否接受检查的决定。

胃镜检查的适应证：

(1)凡有上消化道症状，疑及食管、胃及十二指肠病变，临床需要确诊者。

(2)原因不明的消化道出血。

(3)上消化道X线钡餐检查不能确定病变性质者。

(4)已确诊的上消化道病变如溃疡、慢性胃炎、胃癌前病变等，需胃镜随访复查者。

(5)怀疑上消化道异物患者。

(6)有胃癌家族史，需要进行胃镜检查者。

(7)有其他系统疾病或临床其他发现，需要胃镜检查进行辅助诊断者。

胃镜检查的禁忌证：

(1)相对禁忌证：

①心肺功能不全。

②消化道出血患者而血压未平稳者。

③有出血倾向，血红蛋白低于50g/L者。

④高度脊柱畸形，巨大食管或十二指肠憩室。

(2)绝对禁忌证：

①严重心肺疾患，如严重心律紊乱、心肌梗死急性期、重度心力衰竭、哮喘发作期、呼吸衰竭不能平卧等患者。

②疑及休克、消化道穿孔等危重患者。

③严重精神失常不合作的精神病患者(必要时可进行无痛内镜)。

④口腔咽喉急性炎症患者。

⑤食管、胃急性腐蚀性炎症患者。、

⑥明显的主动脉瘤、脑梗死急性期、脑出血患者。

⑦烈性传染病患者。

胃镜检查潜在风险和对策：

医生告知我如下胃镜检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性，在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

①过敏反应、过敏性休克。

②咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎。

③食管贲门撕裂。

④食管胃肠穿孔。

⑤出血。

⑥原有食管胃静脉曲张，诱发大出血。

⑦各种严重心律失常。

⑧急性心肌梗死。

⑨脑血管病。

⑩下颌关节脱臼。

⑪除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其他并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其他事项，如＿＿＿＿＿。

2. 我理解如果我患有高血压病、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交代并发症以外的风险＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次检查的相关问题。

●我同意在检查中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。

●我理解我的检查需要多位医生共同进行。

●我并未得到检查百分之百成功的许诺。

●我授权医师对切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的检查方式、此次检查及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

医生签名________　　　　　签名日期____年____月____日

三十一、肠镜检查知情同意书

__________医院

肠镜检查知情同意书

姓名________　性别________　年龄________　住院号________

疾病介绍和治疗建议：

医生告知我可能患有____________，根据你病情诊治的需要，

你有必要进行肠镜检查，建议你认真了解以下相关内容并做出是否接受检查的决定。

(1)肠镜检查的适应证：

①有腹泻、腹痛、贫血、腹部包块等症状、体征而原因不明者。

②原因不明的消化道出血。

③钡剂灌肠或其他检查不能确定肠道病变性质者。

④已确诊的肠道病变如炎症性肠病、结肠息肉、结肠癌术后等需定期随访复查者。

⑤有结肠癌家族史，需要进行肠镜检查者。

⑥有其他系统疾病或临床其他发现，需进行肠镜辅助诊断者。

(2)肠镜检查的禁忌证：

相对禁忌证：

①心肺功能不全。

②消化道出血患者而血压未平稳者。

③有出血倾向，血红蛋白低于 50g/L 者。

④高度脊柱畸形患者。

绝对禁忌证：

①严重心肺疾患，如严重心律紊乱、心肌梗死急性期、重度心力衰竭、哮喘发作期、呼吸衰竭不能平卧等患者。

②疑及休克、肠坏死等危重患者。

③严重精神失常不合作的精神病患者(必要时可进行无痛内镜)。

④巨大腹主动脉瘤、脑梗死急性期、脑出血患者。

⑤烈性传染病患者。

肠镜检查潜在风险和对策：

医生告知我如下肠镜检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同患者的情况有所

不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

(1)我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性，在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

①出血。

②穿孔。

③各种严重心律失常。

④急性心肌梗死。

⑤脑血管病。

⑥虚脱、低血糖。

⑦在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱。

⑧原有肠梗阻加重。

⑨除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其他并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其他事项，如________。

(2)我理解如果我患有高血压病、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，可能会加大以上风险，或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交代并发症以外的风险____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

●我的医生已经告知我将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次检查的相关问题。

●我同意在检查中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。

●我理解我的检查需要多位医生共同进行。

●我并未得到检查百分之百成功的许诺。

●我授权医师对切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名________　　　　签名日期____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名________　与患者关系________

签名日期____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名________　　　　签名日期____年____月____日

第九章　处方书写规范及质量标准

处方是由医生为预防和治疗疾病而给患者开具的取药凭证，是药师为患者调配和发放药品的依据，也是患者进行药物治疗和药品流向的原始记录，是重要的医疗文书之一，对药品的使用管理有重要意义。

在医疗工作中，处方反映了医、药、护各方面在药物治疗活动中的法律权利和义务，是处理医疗纠纷、医疗事故的重要举证材料。处方记录了医生对患者药物治疗方案的设计和对疾病正确用药的指导，反映了医务人员的诊疗水平与是否合理用药、合理治疗；同时其经济意义表现在它是患者药费支出的详细清单，可作为调剂部门和管理部门统计管理信息和药品消耗的重要依据。

第一节　处方的定义、分类与内容

一、处方的定义

处方是指由注册的执业医师和执业助理医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括病区用药医嘱单。处方是医生对患者用药的书面文件，是药剂人员调配药品的依据，具有法律、技术、经济责任。

二、处方分类

（一）医师处方、协定处方和法定处方

目前应用较为普遍处方种类有：医师处方、协定处方和法定处方。日常使用的大多是医师处方。

1. 法定处方：是指经国家法定部门审核批准发布的如《国家药典》《制剂规范》中的处方，一般多用于配制制剂，具有法律约束力。这类处方配制制剂又称为"法定制剂"，如药品生产企业生产

的标有国家食品药品监督管理局批准文号的药品。生产法定制剂的处方必须是“法定处方”，法定处方是不能随意改变成分和含量的，具有相对长期稳定的应用价值。

2. 协定处方：一般是根据某一地区或某一医院日常医疗用药需要，由医院药剂科与医师协商共同制定的处方，需经医院药事管理委员会研究审定，并在药监部门备案，事先调配的方剂或制剂（多见中药饮片配方），只能在院内使用。协定处方调配成制剂的，必须取得制剂批准文号。按医院协定处方配制的无批准文号制剂为“非法定制剂”，不能在市场上流通。

协定处方适用于大量配置和贮备药品，便于控制药物的品种和质量，减少患者等候取药的时间。其合理应用有其一定优点，但必须注意到，协定处方难以适应病情变化的要求，因此用它来完全代替医师处方是不恰当的。

3. 医师处方：是医师为患者开具的特定的临时处方，内容由医生根据病情对症下药或辨证施治的意义。处方除了作为发给患者药剂的书面文件外，还具有法律上、技术上和经济上的意义。由处方而造成的医疗事故，医师或药剂人员均负有法律责任。处方的技术意义在于它写明了药物名称、数量、剂型及用法用量等，保证了药剂的规格和安全有效。从经济观点来看，按照处方检查和统计药品的消耗量及经济价值，尤其是贵重药品、毒药和麻醉药品，供作报销、采购、预算、生产投料和成本核算的依据。

（二）普通处方、急诊处方、儿科处方、麻醉及精神药品处方

根据卫生部2007年5月颁布的《处方管理办法》，医师处方分为：普通处方、急诊处方、儿科处方、麻醉及精神药品处方；其印刷用纸分别规定采用不同颜色，并在处方右上角以文字注明。

1. 普通处方的印刷用纸为白色，右上角标注“普通”。

2. 急诊处方印刷用纸为淡黄色，右上角标注“急诊”。

3. 儿科处方印刷用纸为淡绿色，右上角标注“儿科”。

4. 麻醉药品和第一类精神药品处方印刷用纸为淡红色，右上

角标注“麻、精一”。

5. 第二类精神药品处方印刷用纸为白色，右上角标注“精二”。

三、处方内容

处方的内容一般分为处方前记、处方正文、处方后记3部分。

1. 处方前记：包括医疗机构名称、费别、姓名、性别、年龄、门诊或住院病历号，科别或病区、床位号、临床诊断、日期等。可添列特殊要求的项目。

麻醉药品和第一类精神药品处方还应当包括患者身份证明编号，代办人姓名、身份证明编号。

2. 处方正文：以Rp或R(拉丁文Recipe“请取”的缩写)标示，分列药品名称、剂型、规格、数量、用法用量。

3. 处方后记：医师签名或者加盖专用签章，药品金额以及审核、调配、核对、发药药师签名或者加盖专用签章。

中成药处方要求与西药处方相同，其他中药处方也可用西药处方样式，但处方所列各项内容均用中文，其他处方格式、用法等同西医处方要求。

第二节　处方的权限、限量

一、处方权的获得

1. 经注册的执业医师在执业地点取得相应的处方权。经注册的执业助理医师在医疗机构开具的处方，应当经所在执业地点执业医师签名或加盖专用签章后方有效。经注册的执业助理医师在乡、民族乡、镇、村的医疗机构独立从事一般的执业活动，可以在注册的执业地点取得相应的处方权。医师应当在注册的医疗机构签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。

2. 医疗机构应当按照有关规定，对本机构执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权，药师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格。

医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方权后，方可在本机构开具麻醉药品和第一类精神药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格后，方可在本机构调剂麻醉药品和第一类精神药品。

3. 试用期人员开具处方，应当经所在医疗机构有处方权的执业医师审核并签名或加盖专用签章后方有效。

4. 进修医师由接收进修的医疗机构对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

二、处方开具的权限及限量

1. 医师开具处方和药师调剂处方应遵循安全、有效、经济的原则。医师应根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。开具医疗用毒性药品、放射性药品处方应严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

2. 医师开具处方应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。

医师开具院内制剂处方时应当使用经省级卫生行政部门审核、药品监督管理部门批准的名称。

3. 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过 3 天。

4. 处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应注明理由。

医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应严格按照国家有关规定执行。

5. 医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

6. 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使

用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，并要求其签署《知情同意书》。

病历中应当留存下列材料复印件：

(1)二级以上医院开具的诊断证明。

(2)患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件。

(3)为患者代办人员的身份证明文件。

7. 为门(急)诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为 1 次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为 1 次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 15 日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

8. 为门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。

9. 为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量。

10. 对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为 1 次常用量，仅限于二级以上医院内使用；盐酸哌替啶处方为 1 次常用量，仅限于医疗机构内使用。

11. 医师利用计算机开具、传递普通处方时，应同时打印出纸质处方，其格式与手写处方一致；打印的纸质处方经签名或加盖签章后有效。药师核发药品时，应核对打印的纸质处方，无误后发给药品，并将打印的纸质处方与计算机传递处方同时收存备查。

第三节　处方书写规范

处方书写具有一定的规范和要求的,具体如下。

1. 患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整,并与病历记载相一致。

2. 每张处方限于1名患者的用药。

3. 字迹清楚,不得涂改;如需修改,应当在修改处签名并注明修改日期。

4. 药品名称应使用规范的中文名称书写,没有中文名称的可使用规范的英文名称书写;医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或使用代号;书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范,药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或缩写体书写,但不得使用“遵医嘱”“自用”等含糊不清字句。

5. 患者年龄应当填写实足年龄,新生儿、婴幼儿写日、月龄,必要时要注明体重。

6. 西药和中成药可以分别开具处方,也可以开具1张处方,中药饮片应当单独开具处方。

7. 开具西药、中成药处方,每1种药品应当另起一行,每张处方不得超过5种药品。

8. 中药饮片处方的书写,一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列;调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方,并加括号,如布包、先煎、后下等;对饮片的产地、炮制有特殊要求的,应当在药品名称之前写明。

9. 药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用,特殊情况需要超剂量使用时,应当注明原因并再次签名。

10. 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位:重量以克(g)、毫克(mg)、微克(μg)、纳克(ng)为单位;容量以升(L)、毫升(ml)为单位;国际单位(IU)、单位(U);中药饮片以克(g)为单位。

片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

11. 给药途径应写明口服(po)、皮下注射(sc 或 ih)、皮内注射(id)、肌内注射(im)、静脉注射(iv)、静脉滴注(iv. drip 或 iv. gtt)；给药次数应写明每天 1 次(qd)、每天 2 次(bid)、每天 3 次(tid)、每天 4 次(qid)、隔天 1 次(qod)、每两天 1 次(q2d)、每 6 小时 1 次(q6h)；给药时间应写明饭前(ac)、饭后(pc)、睡前(hs)、每天早晨(qm)、每天晚上(qn)、每周(qw)、需要时(sos)、必要时(prn)、立即(St！或 Stat!)等。

12. 除特殊情况外，应当注明临床诊断。

13. 开具处方后的空白处画一斜线以示处方完毕。

14. 处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

第四节　合格处方的质量标准

一、合格处方的质量标准

1. 处方项目必须填写齐全，书写正确，符合规范要求。

2. 无配伍禁忌，无超量给药。

3. 特殊用药方法应注明。

4. 文字书写清晰易认，书写及签名或印章无越格、越位及倒置。

5. 医师签名完全和/或盖本人印章。

6. 凡调剂、复核均应双人签名或盖章。

二、不规范处方、用药不适宜处方及超常处方

医疗机构应建立处方点评制度，填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。根据 2010 年卫生部下发《医院处方点评管理规范(试

行)》规定,处方点评结果分为合理处方和不合理处方。不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

1. 不规范处方:有下列情况之一的,应当判定为不规范处方。

(1)处方前后记、正文内容缺项,书写不规范或字迹难以辨认。

(2)医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的。

(3)药师未对处方进行适宜性审核的(处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名,或者单人值班调剂未执行双签名规定)。

(4)新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的。

(5)西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的。

(6)未使用药品规范名称开具处方的。

(7)药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的。

(8)用法、用量使用“遵医嘱”“自用”等含糊不清字句的。

(9)处方修改未签名并未注明修改日期,或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的。

(10)开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的。

(11)单张门急诊处方超过 5 种药品的。

(12)无特殊情况下,门诊处方超过 7 日用量,急诊处方超过 3 日用量,慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的。

(13)开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的。

(14)医师未按照抗菌药物临床应用管理规定而开具抗菌药物处方的。

(15)中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列,或未按要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

2. 不适宜处方:有下列情况之一的,应当判定为用药不适宜处方。

(1)适应证不适宜的。

(2)遴选的药品不适宜的。

(3)药品剂型或给药途径不适宜的。

(4)无正当理由不首选国家基本药物的。

(5)用法、用量不适宜的。

(6)联合用药不适宜的。

(7)重复给药的。

(8)有配伍禁忌或者不良相互作用的。

(9)其他用药不适宜情况的。

3. 超常处方:有下列情况之一的,应当判定为超常处方。

(1)无适应证用药的。

(2)无正当理由开具高价药的。

(3)无正当理由超说明书用药的。

(4)无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药物的。

三、监督管理

医疗机构应当加强对本机构处方开具、调剂和保管的管理。

1. 医疗机构应当对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告,限制其处方权;限制处方权后,仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的,取消其处方权。

2. 医师出现下列情形之一的,处方权由其所在医疗机构予以取消。

(1)被责令暂停执业。

(2)考核不合格离岗培训期间。

(3)被注销、吊销执业证书。

(4)不按照规定开具处方,造成严重后果的。

(5)不按照规定使用药品,造成严重后果的。

(6)因开具处方牟取私利的。

3. 未取得处方权的人员及被取消处方权的医师不得开具处方。未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具

麻醉药品和第一类精神药品处方。

4. 除治疗需要外，医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

5. 未取得药学专业技术职务任职资格的人员不得从事处方调剂工作。

6. 处方由调剂处方药品的医疗机构妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为 1 年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为 2 年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为 3 年。

7. 处方保存期满后，经医疗机构主要负责人批准、登记备案，方可销毁。

8. 医疗机构应当根据麻醉药品和精神药品处方开具情况，按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为 3 年。

第十章　住院病案首页书写要求及格式

第一节　病历首页书写要求

1. 病案首页是病案中信息最集中、最重要、最核心的部分，要求填写准确、完整、规范。

2. 由经治医师于患者出院或死亡后24小时内完成。

3. 病案首页可分为三个部分，第一部分是患者的基本情况，由住院处依据患者提供的信息录入；第二部分是医疗情况部分，由经治执业医师填写；第三部分为住院费用等，由财务部门填写，已实现计算机管理能提供住院费用清单的，住院费用可以不填。

4. 疾病诊断的填写

(1)疾病诊断的构成应包括病因＋部位＋病理＋临床表现几个方面，但并不是每一个疾病诊断都必须含有这些成分。一般的疾病诊断都含有部位＋临床表现两个核心成分，如腹膜炎、脊柱前凸；有些诊断还包括了病因＋部位＋临床表现三个部分，如结核性胸膜炎。一般的诊断不必含有病理诊断。对于病因不清、部位不确定的诊断或者全身性的表现，有时单一的临床表现也可作为诊断名称，例如：腹痛、发热。医师在填写诊断名称时，一定要尽量将上述的成分描述清楚，不能只写类似"心肌梗死"这样的诊断，因为"急性""慢性""透壁性""心内膜下"和具体的部位都直接影响编码的结果，从而影响资料利用时的价值。

(2)疾病诊断的填写顺序基本原则：

①主要治疗的疾病在前，未治的疾病及陈旧性情况在后。

②严重的疾病在前，轻微的疾病在后。

③本科疾病在前，他科疾病在后。

④对于一个复杂的疾病诊断的填写，病因在前，症状在后。

(3)主要诊断选择规则:

①主要诊断选择总则:选择本次住院过程中对身体健康危害最大、花费医疗精力最多、住院时间最长的诊断名称为患者的主要诊断。

②对于复杂诊断的主要诊断的选择:如果病因诊断能够包括一般的临床表现,则选择病因诊断。如果出现的临床症状不是病因的常规表现,而是疾病某种严重的后果,是疾病发展的某个阶段,那么要选择这个重要的临床表现为主要诊断,但不选择疾病的终末情况,如呼吸循环衰竭作为主要诊断。

例1:高血压动脉硬化性心脏病
心律不齐
主要诊断选择:高血压动脉硬化性心脏病

例2:冠状动脉粥样硬化性心脏病
急性下壁心肌梗死
主要诊断选择:急性下壁心肌梗死

例3:老年性慢性支气管炎急性感染
支气管哮喘
肺心病
主要诊断选择:老年性慢性支气管炎急性感染

例4:老年性慢性支气管炎
支气管哮喘
肺心病
主要诊断选择:肺心病

例5:39周妊娠分娩 G_1P_1
脐带绕颈
主要诊断选择:脐带绕颈

对已治和未治疗的疾病,选择已治疾病为主要诊断。

例:急性胃肠炎(已治)
高血压性心脏病(未治)

主要诊断选择:急性胃肠炎

患者由于某些症状或体征或异常检查结果而住院,治疗结束时仍未能确诊;症状、体征或异常检查结果可以作为主要诊断。例如:发热、血红蛋白尿。

5. 手术操作名称包括对患者直接施行的诊断性及治疗性操作,包括传统意义的外科手术、非手术性诊断性或治疗性操作、实验室检查及少量对标本的诊断操作名称。完整的手术名称包括手术部位(手术范围)、手术方式、手术入路、特殊器械和方法、手术目的、疾病性质六个部分。某一手术操作名称书写并非全部包括以上六个部分,手术部位、术式是最基本的、最核心的部分,手术入路、特殊器械和方法、手术目的、疾病性质对手术操作编码产生影响。

按分类标准编码要求,规范化手术操作编码原则是:部位+术式+入路+目的+特殊器械方法+疾病性质(通常省略)。

第二节　卫生部《住院病案首页》部分项目填写说明

(一)基本要求

1. 凡本次修订的病案首页与前一版病案首页相同的项目,未就项目填写内容进行说明的,仍按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》(卫医发〔2001〕286 号)执行。

2. 签名处可由相应医师、护士、编码员手写签名或使用可靠的电子签名。

3. 凡栏目中有"□"的,应当在"□"内填写适当阿拉伯数字。栏目中没有可填写内容的,填写"—"。如:联系人没有电话,在电话处填写"—"。

4. 疾病编码:指患者所罹患疾病的标准编码。目前按照全国统一的 ICD—10 编码执行。

5. 病案首页背面中空白部分留给各省级卫生行政部门结合医院级别类别增加具体项目。

(二)部分项目填写说明

1.“医疗机构”指患者住院诊疗所在的医疗机构名称,按照《医疗机构执业许可证》登记的机构名称填写。组织机构代码目前按照 WS218－2002 卫生机构(组织)分类与代码标准填写,代码由 8 位本体代码、连字符和 1 位检验码组成。

2. 医疗付费方式分为:1. 城镇职工基本医疗保险;2. 城镇居民基本医疗保险;3. 新型农村合作医疗;4. 贫困救助;5. 商业医疗保险;6. 全公费;7. 全自费;8. 其他社会保险;9. 其他。应当根据患者付费方式在“□”内填写相应阿拉伯数字。其他社会保险指生育保险、工伤保险、农民工保险等。

3. 健康卡号:在已统一发放“中华人民共和国居民健康卡”的地区填写健康卡号码,尚未发放“健康卡”的地区填写“就医卡号”等患者识别码或暂不填写。

4.“第 N 次住院”指患者在本医疗机构住院诊治的次数。

5. 病案号:指本医疗机构为患者住院病案设置的唯一性编码。原则上,同一患者在同一医疗机构多次住院应当使用同一病案号。

6. 年龄:指患者的实足年龄,为患者出生后按照日历计算的历法年龄。年龄满 1 周岁的,以实足年龄的相应整数填写;年龄不足 1 周岁的,按照实足年龄的月龄填写,以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄,分数部分分母为 30,分子为不足 1 个月的天数,如“2 15/30 月”代表患儿实足年龄为 2 个月又 15 天。

7. 从出生到 28 天为新生儿期。出生日为第 0 天。产妇病历应当填写“新生儿出生体重”;新生儿期住院的患儿应当填写“新生儿出生体重、新生儿入院体重”。新生儿出生体重指患儿出生后第 1 小时内第 1 次称得的重量,要求精确到 10 克;新生儿入院体重指入院时称得的重量,要求精确到 10 克。

8. 出生地:指患者出生时所在地点。

9. 籍贯:指患者祖居地或原籍。

10. 身份证号:除无身份证号或因其他特殊原因无法采集者

外，住院患者入院时要如实填写18位身份证号。

11. 职业：按照国家标准《个人基本信息分类与代码》(GB/T2261.4)要求填写，共13种职业：11. 国家公务员、13. 专业技术人员、17. 职员、21. 企业管理人员、24. 工人、27. 农民、31. 学生、37. 现役军人、51. 自由职业者、54. 个体经营者、70. 无业人员、80. 退(离)休人员、90. 其他。根据患者情况填写职业名称，如职员。

12. 婚姻：指患者在住院时的婚姻状态。可分为：1. 未婚；2. 已婚；3. 丧偶；4. 离婚；9. 其他。应当根据患者婚姻状态在"□"内填写相应阿拉伯数字。

13. 现住址：指患者来院前近期的常住地址。

14. 户口地址：指患者户籍登记所在地地址，按户口所在地填写。

15. 工作单位及地址：指患者在就诊前的工作单位及地址。

16. 联系人"关系"：指联系人与患者之间的关系，参照《家庭关系代码》国家标准(GB/T4761)填写：1. 配偶，2. 子，3. 女，4. 孙子、孙女或外孙子、外孙女，5. 父母，6. 祖父母或外祖父母，7. 兄、弟、姐、妹，8/9. 其他。根据联系人与患者实际关系情况填写，如孙子。对于非家庭关系人员，统一使用"其他"，并可附加说明，如同事。

17. 入院途径：指患者收治入院治疗的来源，经由本院急诊、门诊诊疗后入院，或经由其他医疗机构诊治后转诊入院或其他途径入院。

18. 转科科别：如果超过1次以上的转科，用"→"转接表示。

19. 实际住院天数：入院日与出院日只计算一天，例如：2011年6月12日入院，2011年6月15日出院，计住院天数为3天。

20. 门(急)诊诊断：指患者在住院前，由门(急)诊接诊医师在住院证上填写的门(急)诊诊断。

21. 出院诊断：指患者住院时，临床医师根据患者所做的各项

检查、治疗、转归以及门急诊诊断、手术情况、病理诊断等综合分析得出的最终诊断。

(1)主要诊断:指患者住院过程中对身体健康危害最大,花费医疗资源最多,住院时间最长的疾病诊断。外科的主要诊断指患者住院接受手术进行治疗的疾病;产科的主要诊断指产科的主要并发症或伴随疾病。

(2)其他诊断:除主要诊断及医院感染名称(诊断)外的其他诊断,包括并发症和合并症。

22. 入院病情:指对患者入院时病情评估情况。将“出院诊断”与入院病情进行比较,按照“出院诊断”在患者入院时是否已具有,分为:1. 有;2. 临床未确定;3. 情况不明;4. 无。根据患者具体情况,在每一出院诊断后填写相应的阿拉伯数字。

(1)有:对应本出院诊断在入院时就已明确。例如,患者因“乳腺癌”入院治疗,入院前经钼靶、针吸细胞学检查明确诊断为“乳腺癌”,术后经病理亦诊断为乳腺癌。

(2)临床未确定:对应本出院诊断在入院时临床未确定,或入院时该诊断为可疑诊断。例如:患者因“乳腺恶性肿瘤不除外”“乳腺癌?”或“乳腺肿物”入院治疗,因缺少病理结果,肿物性质未确定,出院时有病理诊断明确为乳腺癌或乳腺纤维瘤。

(3)情况不明:对应本出院诊断在入院时情况不明。例如:乙型病毒性肝炎的窗口期、社区获得性肺炎的潜伏期,因患者入院时处于窗口期或潜伏期,故入院时未能考虑此诊断或主观上未能明确此诊断。

(4)无:在住院期间新发生的,入院时明确无对应本出院诊断的诊断条目。例如:患者出现围术期心肌梗死。

23. 损伤、中毒的外部原因:指造成损伤的外部原因及引起中毒的物质,如:意外触电、房屋着火、公路上汽车翻车、误服农药。不可以笼统填写车祸、外伤等。应当填写损伤、中毒的标准编码。

24. 病理诊断:指各种活检、细胞学检查及尸检的诊断,包括术

中冰冻的病理结果。病理号：填写病理标本编号。

25. 药物过敏：指患者在本次住院治疗以及既往就诊过程中，明确的药物过敏史，并填写引发过敏反应的具体药物，如青霉素。

26. 死亡患者尸检：指对死亡患者的机体进行剖验，以明确死亡原因。非死亡患者应当在“□”内填写“－”。

27. 血型：指在本次住院期间进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者血型。根据患者实际情况填写相应的阿拉伯数字：1. A；2. B；3. O；4. AB；5. 不详；6. 未查。如果患者无既往血型资料，本次住院也未进行血型检查，则按照“6. 未查”填写。“Rh”根据患者血型检查结果填写。

28. 签名。

(1)医师签名要能体现三级医师负责制。三级医师指住院医师、主治医师和具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师。在三级医院中，病案首页中“科主任”栏签名可以由病区负责医师代签，其他级别的医院必须由科主任亲自签名，如有特殊情况，可以指定主管病区的负责医师代签。

(2)责任护士：指在已开展责任制护理的科室，负责本患者整体护理的责任护士。

(3)编码员：指负责病案编目的分类人员。

(4)质控医师：指对病案终末质量进行检查的医师。

(5)质控护士：指对病案终末质量进行检查的护士。

(6)质控日期：由质控医师填写。

29. 手术及操作编码：目前按照全国统一的 ICD－9－CM－3 编码执行。表格中第 1 行应当填写本次住院的主要手术和操作编码。

30. 手术级别：指按照《医疗技术临床应用管理办法》(卫医政发〔2009〕18 号)要求，建立手术分级管理制度。根据风险性和难易程度不同，手术分为四级，填写相应手术级别对应的阿拉伯数字：

(1)一级手术(代码为 1)：指风险较低、过程简单、技术难度低

的普通手术。

(2)二级手术(代码为2):指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术。

(3)三级手术(代码为3):指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术。

(4)四级手术(代码为4):指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

31. 手术及操作名称:指手术及非手术操作(包括诊断及治疗性操作,如介入操作)名称。表格中第1行应当填写本次住院的主要手术和操作名称。

32. 切口愈合等级,按以下要求填写:

切口分组	切口等级/愈合类别	内　涵
0类切口		有手术,但体表无切口或腔镜手术切口
Ⅰ类切口	Ⅰ/甲	无菌切口/切口愈合良好
	Ⅰ/乙	无菌切口/切口愈合欠佳
	Ⅰ/丙	无菌切口/切口化脓
	Ⅰ/其他	无菌切口/出院时切口愈合情况不确定
Ⅱ类切口	Ⅱ/甲	沾染切口/切口愈合良好
	Ⅱ/乙	沾染切口/切口愈合欠佳
	Ⅱ/丙	沾染切口/切口化脓
	Ⅱ/其他	沾染切口/出院时切口愈合情况不确定
Ⅲ类切口	Ⅲ/甲	感染切口/切口愈合良好
	Ⅲ/乙	感染切口/切口愈合欠佳
	Ⅲ/丙	感染切口/切口化脓
	Ⅲ/其他	感染切口/出院时切口愈合情况不确定

(1)0类切口:指经人体自然腔道进行的手术以及经皮腔镜手术,如经胃腹腔镜手术、经脐单孔腹腔镜手术等。

(2)愈合等级“其他”:指出院时切口未达到拆线时间,切口未拆线或无需拆线,愈合情况尚未明确的状态。

33. 麻醉方式:指为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法,如全麻、局麻、硬膜外麻等。

34. 离院方式：指患者本次住院出院的方式，填写相应的阿拉伯数字。主要包括：

(1)医嘱离院(代码为1)：指患者本次治疗结束后，按照医嘱要求出院，回到住地进一步康复等情况。

(2)医嘱转院(代码为2)：指医疗机构根据诊疗需要，将患者转往相应医疗机构进一步诊治，用于统计"双向转诊"开展情况。如果接收患者的医疗机构明确，需要填写转入医疗机构的名称。

(3)医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院(代码为3)：指医疗机构根据患者诊疗情况，将患者转往相应社区卫生服务机构进一步诊疗、康复，用于统计"双向转诊"开展情况。如果接收患者的社区卫生服务机构明确，需要填写社区卫生服务机构/乡镇卫生院名称。

(4)非医嘱离院(代码为4)：指患者未按照医嘱要求而自动离院，如患者疾病需要住院治疗，但患者出于个人原因要求出院，此种出院并非由医务人员根据患者病情决定，属于非医嘱离院。

(5)死亡(代码为5)。指患者在住院期间死亡。

(6)其他(代码为9)：指除上述5种出院去向之外的其他情况。

35. 是否有出院31天内再住院计划：指患者本次住院出院后31天内是否有诊疗需要的再住院安排。如果有，则需要填写目的，如：进行二次手术。

36. 颅脑损伤患者昏迷时间：指颅脑损伤患者昏迷的时间合计，按照入院前后分别统计，间断昏迷的填写各段昏迷时间的总和。只有颅脑损伤的患者需要填写昏迷时间。

37. 住院费用：总费用指患者住院期间发生的与诊疗有关的所有费用之和，凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写。已实现城镇职工、城镇居民基本医疗保险或新农合即时结报的地区，应当填写"自付金额"。

住院费用共包括以下10个费用类型：

(1)综合医疗服务类：各科室共同使用的医疗服务项目发生的费用。

①一般医疗服务费：包括诊查费、床位费、会诊费、营养咨询等费用。

②一般治疗操作费：包括注射、清创、换药、导尿、吸氧、抢救、重症监护等费用。

③护理费：患者住院期间等级护理费用及专项护理费用。

④其他费用：病房取暖费、病房空调费、救护车使用费、尸体料理费等。

(2)诊断类：用于诊断的医疗服务项目发生的费用。

①病理诊断费：患者住院期间进行病理学有关检查项目费用。

②实验室诊断费：患者住院期间进行各项实验室检验费用。

③影像学诊断费：患者住院期间进行透视、造影、CT、磁共振、B超、核素扫描、PET等影像学检查费用。

④临床诊断项目费：临床科室开展的其他用于诊断的各种检查项目费用。包括有关内镜检查、肛门指诊、视力检测等项目费用。

(3)治疗类：

①非手术治疗项目费：临床利用无创手段进行治疗的项目产生的费用。包括高压氧舱、血液净化、精神治疗、临床物理治疗等。临床物理治疗指临床利用光、电、热等外界物理因素进行治疗的项目产生的费用，如放射治疗、放射性核素治疗、聚焦超声治疗等项目产生的费用。

②手术治疗费：临床利用有创手段进行治疗的项目产生的费用。包括麻醉费及各种介入、孕产、手术治疗等费用。

(4)康复类：对患者进行康复治疗产生的费用。包括康复评定和治疗。

(5)中医类：利用中医手段进行治疗产生的费用。

(6)西药类：包括有机化学药品、无机化学药品和生物制品费用。

①西药费：患者住院期间使用西药所产生的费用。

②抗菌药物费用：患者住院期间使用抗菌药物所产生的费用，

包含于“西药费”中。

(7)中药类:包括中成药和中草药费用。

①中成药费:患者住院期间使用中成药所产生的费用。中成药是以中草药为原料,经制剂加工制成各种不同剂型的中药制品。

②中草药费:患者住院期间使用中草药所产生的费用。中草药主要由植物药(根、茎、叶、果)、动物药(内脏、皮、骨、器官等)和矿物药组成。

(8)血液和血液制品类:

①血费:患者住院期间使用临床用血所产生的费用,包括输注全血、红细胞、血小板、白细胞、血浆的费用。医疗机构对患者临床用血的收费包括血站供应价格、配血费和储血费。

②白蛋白类制品费:患者住院期间使用白蛋白的费用。

③球蛋白类制品费:患者住院期间使用球蛋白的费用。

④凝血因子类制品费:患者住院期间使用凝血因子的费用。

⑤细胞因子类制品费:患者住院期间使用细胞因子的费用。

(9)耗材类:当地卫生、物价管理部门允许单独收费的耗材。按照医疗服务项目所属类别对一次性医用耗材进行分类。“诊断类”操作项目中使用的耗材均归入“检查用一次性医用材料费”;除“手术治疗”外的其他治疗和康复项目(包括“非手术治疗”“临床物理治疗”“康复”“中医治疗”)中使用的耗材均列入“治疗用一次性医用材料费”;“手术治疗”操作项目中使用的耗材均归入“手术用一次性医用材料费”。

①检查用一次性医用材料费:患者住院期间检查检验所使用的一次性医用材料费用。

②治疗用一次性医用材料费:患者住院期间治疗所使用的一次性医用材料费用。

③手术用一次性医用材料费:患者住院期间进行手术、介入操作时所使用的一次性医用材料费用。

(10)其他类:患者住院期间未能归入以上各类的费用总和。

第三节 病案首页格式

医疗机构________ （组织机构代码________）

住院病案首页

医疗付费方式：□______ 健康卡号______ 第___次住院 病案号______

姓名______ 性别 □1. 男 2. 女 出生日期_____年_____月_____日 年龄______

国籍______ （年龄不足1周岁的）年龄______月 新生儿出生体重______克

新生儿入院体重_____克

出生地______省（区、市）______市______县

籍贯______省（区、市）______市 民族______

身份证号________ 职业_____ 婚姻□1. 未婚 2. 已婚 3. 丧偶 4. 离婚 5. 其他

现住址______省（区、市）______市______县 电话______ 邮编______

户口地址______省（区、市）______市______县 邮编______

工作单位及地址____________ 单位电话______ 邮编______

联系人姓名______ 关系______ 地址____________ 电话______

入院途径□1. 急诊 2. 门诊 3. 其他医疗机构转入 4. 其他

入院时间_____年_____月_____日_____时 入院科别_____ 病房_____

转科科别_____

出院时间_____年_____月_____日_____时 出院科别_____ 病房_____

实际住院_____天

门（急）诊诊断____________ 疾病编码__________

出院诊断	疾病编码	入院病情	出院诊断	疾病编码	入院病情
主要诊断：			其他诊断：		
其他诊断：					
入院病情：1. 有，2. 临床未确定，3. 情况不明，4. 无					

损伤、中毒的外部原因________________________ 疾病编码__________

病理诊断________________________ 疾病编码__________

________________________ 病理号__________

药物过敏□1. 无 2. 有 过敏药物____________ 死亡患者尸检□1. 是 2. 否

血型□1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查 Rh □1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查

科主任________ 主任(副主任)医师________ 主治医师________ 住院医师________
责任护士________ 进修医师________ 实习医师________ 编码员________

病案质量□1. 甲 2. 乙 3. 丙 质控医师________ 质控护士________
质控日期______年______月______日

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	手术及操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
				术者	Ⅰ助	Ⅱ助			
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		

离院方式□1. 医嘱离院 2. 医嘱转院，拟接收医疗机构名称____________；3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院，拟接收医疗机构名称____________；4. 非医嘱离院；5. 死亡；6. 其他

是否有出院 31 天内再住院计划□1. 无 2. 有 目的________________________

颅脑损伤患者昏迷时间：入院前____天____小时____分钟 入院后____天____小时____分钟

住院费用(元)：总费用________(自付金额________)
1. 综合医疗服务类：(1)一般医疗服务费________ (2)一般治疗操作费________
(3)护理费________ (4)其他费用________
2. 诊断类：(5)病理诊断费________ (6)实验室诊断费________
(7)影像学诊断费________ (8)临床诊断项目费________
3. 治疗类：(9)非手术治疗项目费________(临床物理治疗费________)
(10)手术治疗费________(麻醉费________ 手术费________)
4. 康复类：(11)康复费________
5. 中医类：(12)中医治疗费________
6. 西药类：(13)西药费________(抗菌药物费用________)
7. 中药类：(14)中成药费________ (15)中草药费________
8. 血液和血液制品类：(16)血费________ (17)白蛋白类制品费________
(18)球蛋白类制品费________ (19)凝血因子类制品费________
(20)细胞因子类制品费________
9. 耗材类：(21)检查用一次性医用材料费________ (22)治疗用一次性医用材料费________
(23)手术用一次性医用材料费________
10. 其他类：(24)其他费________

说明：(一)医疗付费方式：1. 城镇职工基本医疗保险；2. 城镇居民基本医疗保险；3. 新型农村合作医疗；4. 贫困救助；5. 商业医疗保险；6. 全公费；7. 全自费；8. 其他社会保险；9. 其他
(二)凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写“住院费用”。

第十一章　电子病历规范要求

第一节　电子病历书写基本要求

国家卫生部2010年颁布的《电子病历基本规范(试行)》将电子病历定义为:电子病历是医务人员在医疗活动过程中,使用医疗机构信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数据、影像等数字化信息,并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录,是病历的一种记录形式。电子病历包括门(急)诊电子病历、住院电子病历及其他电子医疗记录。电子病历应使用卫生部和省卫生厅统一制定的项目名称、格式和内容。

电子病历书写人员是取得医院病历书写资格的医务人员。实习、进修及试用期人员书写的电子病历,必须经医院合法执业的医务人员审阅、修改,并予电子签名确认。电子病历以书写完成确认时间为首次生成时间。

(一)电子病历书写

根据卫生部《电子病历基本规范(试行)》、卫生部《病历书写基本规范》、安徽省《病历书写基本规范》书写电子病历。医院临床科室按照医院医疗质量控制中心审批统一设定的电子病历模板和医院信息系统医师工作站与护士工作站的操作规程进行书写。

电子病历书写必须遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则,书写时使用中文和医学术语,要求表述准确,语句通顺,标点正确。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。记录日期和时间由电子病历系统按年历、月历、日历设定并自动生成,使用阿拉伯数字记录,记录时间采用24小时制。年份应设定为4位数,月、日设定为2位数,时间设定至分钟。记录格式为“年—月—日”时间。

（二）住院电子病历书写审查、时限、修改与保存管理权限

按照卫生部《病历书写基本规范》和安徽省卫生厅《病历书写规范》所规定的时限，设定医院电子病历系统医务人员审查、修改的权限和时限，设定护理、医技等其他岗位人员具体的权限和时限。

住院医师可执行病历书写、浏览、修改、计算机打印纸质病历等操作；主治医师可执行病历书写、浏览、修改、病历质量控制、计算机打印纸质病历等操作；副主任、主任医师可执行病历书写、浏览、修改、病历质量控制、管理、计算机打印纸质病历、封存归档等操作。

医疗质量控制中心与医务处负责人具有执行电子病历书写浏览、封存、解封、质量监控、计算机打印纸质病历等操作管理权限。

患者出院时电子病历需经上级医师审核确认后，采用电子数据方式保存，并与计算机打印纸质版本同步保存。打印病历编辑过程中必须按照权限要求进行修改，已完成打印并签名的电子病历不得修改。

医院实习医务人员、试用期医务人员书写的电子病历必须经医院合法执业的医务人员审阅、修改并予电子签名确认。医务人员修改时，电子病历系统应具备进行身份识别、保存历次修改痕迹、标记准确的修改时间和修改人信息。

电子病历信息系统管理科室，应建立电子病历信息安全保密制度，设定医务人员和有关医院管理人员调阅、复制、打印电子病历的相应权限，建立电子病历使用日志，记录使用人员、操作时间和内容。未经授权，任何单位和个人不得擅自调阅、复制电子病历。

（三）门（急）诊电子病历书写审查、时限、修改与管理的权限

门（急）诊电子病历（包括门诊电子病历、急诊电子病历、急诊留观电子病历），门（急）诊电子病历诊疗处置记录（治疗记录、手术记录、麻醉记录等）经接诊医师书写确认后即为归档，归档后的门

(急)电子病历不得修改。

第二节 计算机打印电子病历基本要求

电子病历打印是指应用文字处理软件编辑生成并打印的病历(如 Word 文档、WPS 文档等)。医院计算机打印电子病历格式应由医院医疗质量控制中心制定的电子病历模板为蓝本,严格执行统一纸张、字体、字号、字迹清晰度及排版格式。打印字迹必须清楚、易认,及时打印,相应医务人员必须手写签名。计算机打印的电子病历必须符合归档病历长期保存期限和复印的要求。医院病案室保管临床科室纸质版电子病历。

第三节 电子病历格式基本要求

医院各科室和医务人员不得擅自更改医疗质量控制中心统一制定的电子病历纸张、字体、字迹清晰度、字号、排版、页眉、页脚、打印格式。

1. 正文题目或小标题应用居中功能:包括“入院记录、病程记录、体格检查、辅助检查、特殊检查”等。日期与标题同行者,日期左对齐。标题手动调节至本行中间位置,如“主任医师查房录、首次病程记录”等。

2. 医务人员计算机打印病历须有本人手写签名。如需上级医师签字,上级医师应在电子病历书写人手写签字之后签字,并注明签字日期及时间。

3. 入院记录、手术记录、讨论记录、拒绝治疗记录及各种知情同意书可单独打印,病程记录必须连续书写打印。

4. 所有电子病历书写打印内容页内不得空行。

5. 如有多个诊断,应该分行标号书写打印。

6. 医嘱由医师在医师工作站下达,护士工作站打印执行。医嘱医师及执行护士均要手写签字并注明执行时间。

7. 计算机打印入院记录完成后,为保证病史采集的真实性,防

止日后出现医患争议，需由患者本人或其家属签字予以确认。

8. 保证电子病历的完整性和真实性，避免因粗心大意造成的失误和纠纷，要求在患者出院前，临床科室必须重新审核后方可打印归档，并送病案室装订统一保管。

9. 医院电子病历，必须确保同一患者的电子病历中医生电子签名与计算机打印纸质版病历签名相同，避免患者误认为医院可以随意篡改电子病历，质疑电子病历的可靠性。

10. 计算机打印病历统一纸张、字体、字迹清晰度、字号、排版、页眉、页脚及打印格式。

第四节　电子病历管理办法

为规范医院电子病历使用行为，维护电子病历实施各方当事人的合法权益，根据卫生部《病历书写基本规范》《电子病历基本规范(试行)》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《医疗机构病历管理规定》《中华人民共和国执业医师法》及相关配套文件，结合医院实际情况制定电子病历管理办法。

1. 电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用医院信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数据、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式。电子病历应包括传统病历的所有信息，以及使用、保存和管理。

2. 医院电子病历信息系统科室，应有专职人员具体负责医院门(急)诊电子病历和住院电子病历管理工作。电子病历信息系统应能满足临床工作需要，遵循医疗工作流程，保障医疗质量和医疗安全。能及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料，及时调阅患者诊疗活动过程中产生完整的非文字资料(如CT、磁共振、超声等医学影像信息，心电图，录音，录像)等内容。

3. 电子病历包括门(急)诊电子病历、住院电子病历及其他电子医疗记录。电子病历内容按照卫生部《病历书写基本规范》执行，使用卫生部统一制定的项目名称、格式和内容，不得擅自变更。

4. 电子病历书写须遵循客观、真实、准确、及时、完整的原则，使用中文和医学术语，要求表述准确，语句通顺，标点正确。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可使用外文。记录日期须使用阿拉伯数字，记录时间应采用24小时制。中医术语使用应按国家有关标准执行。

5. 计算机打印门(急)诊与住院电子病历，必须统一纸张、字体、字迹清晰度、字号、排版、页眉、页脚、打印格式等，各科室和个人不得擅自更改。

(1)电子病历信息系统，应具备电子病历书写正文题目或小标题应用居中功能，日期与标题同行，日期左对齐功能，标题手动调节至本行中间位置功能，如“主任医师查房录”。

(2)电子病历入院记录书写完成后为保证病史采集的真实性，防止日后出现医患争议，需由患者本人或其家属签字予以确认。

(3)保证电子病历的完整性和真实性，避免因粗心大意造成的失误和纠纷，医院在患者出院前经由临床科室重新审核后方可打印归档，并送病案室装订统一保管。

6. 住院电子病历的签收

(1)医务人员按照规定书写电子病历后，应使用手写签字进行确认。

(2)实习医务人员、试用期医务人员书写的电子病历，应经过医院合法执业的医务人员审阅、修改，经上级医师手写签字后方可生效。

7. 电子住院病历的完成时限

(1)医务人员应在患者住院后8小时内完成首次病程记录，患者住院后24小时内完成入院记录的书写。

(2)因抢救急危患者未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。

(3)其他内容同安徽省卫生厅《病历书写规范》规定。

8. 电子病历修改

(1)医务人员应按照卫生行政部门赋予的权限修改电子病历。

(2)医务人员进入电子病历系统修改电子病历时必须进行身份鉴别。

(3)电子病历修改时必须标记准确的时间。

(4)电子病历修改后需经修改者手写签字后方可生效。

(5)对电子病历当事人提供的客观病历资料进行修改时,必须经电子病历当事人认可,并经签字后生效。签字应采用法律认可的形式。

9. 电子住院病历的存储:医院电子病历的存储必须符合病历安全的要求,便于检索和调用。电子病历的存储采取本地备份、信息中心(计算机中心)备份和计算机打印纸质病历储存三种形式。

发生医疗事故争议时,医院医疗管理部门专职人员应当在医患双方在场的情况下锁定电子病历并制作完全相同的纸质版本予以封存。同步制作的纸质病历上必须经医患双方签名确认。避免因电子病历的锁定、封存不符合程序规范,导致患者否认电子病历证据的证明力。

10. 住院电子病历的管理

(1)医院电子病历由信息中心(计算机中心)负责数据形式的电子病历保管,病案室负责电子病历纸质版保管。

(2)对还不能电子化的植入材料条形码、知情同意书等医疗信息资料,可以采取措施使之信息数字化后纳入电子病历并留存原件。

(3)严格管理电子病历,维护患者的隐私权。避免数据被篡改、伪造、隐匿、窃取和毁坏。

(4)纸质版的归档电子病历存留时间,不得少于法律规定的纸质病历的存留年限,电子病历的销毁必须得到上级主管部门的批准。任何组织和个人不得自行销毁电子病历。

11. 医院受理下列人员或机构复印或者复制电子病历资料的

申请。

调用申请人权益受《医疗事故处理条例》及配套文件汇编保护;《医疗事故处理条例》及配套文件汇编未作规定的,受其他有关法律、法规保护。调用申请人包括下列人员或机构:

(1)患者本人或其代理人。

(2)死亡患者近亲属或其代理人。

(3)为患者支付费用的基本医疗保障管理和经办机构。

(4)患者授权委托的保险机构。

12. 医院指定专门机构和人员负责受理复印或者复制电子病历资料的申请,并留存申请人有效身份证明复印件及其法定证明材料、保险合同等复印件。受理申请时,申请人应当按照以下要求提供材料:

(1)申请人为患者本人的,应当提供本人有效身份证明。

(2)申请人为患者代理人的,应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料。

(3)申请人为死亡患者近亲属的,应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料。

(4)申请人为死亡患者近亲属代理人的,应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明,死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料,申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料。

(5)申请人为基本医疗保障管理和经办机构的,应当按照相应基本医疗保障制度有关规定执行。

(6)申请人为保险机构的应当提供保险合同复印件、承办人员的有效身份证明、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料;患者死亡的应当提供保险合同复印件、承办人员的有效身份证明、死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

(7)公安、司法机关因办理案(事)件,需要收集、调取电子病历资料的,医院应当在公安、司法机关出具法定证明及执行公务人员的有效身份证明后如实提供。

(8)医院按照卫生部《医疗机构病历管理规定》,执行为申请人复印或者复制电子病历资料内容的规定。

(9)申请人提出复印或者复制电子病历资料后,应当在医务人员按规定时限书写完成病历后方予提供。

(10)复印或者复制的电子病历资料经申请人核对无误后,医院在电子病历纸质版本上加盖证明印记,或提供已锁定不可更改的病历电子版。

(11)发生医疗事故争议时,应当在医患双方在场的情况下锁定电子病历并制作完全相同的纸质版本供封存,封存的纸质病历资料由保卫科保管。

13. 电子知识产权保护:医院实施电子知识产权保护,未经当事人许可,任何人不得以任何方式非法使用他人的电子病历,也不得向第三人泄露他人的电子病历。

14. 罚则

(1)凡违反国家法律法规,违反本办法规定,伪造、破坏或擅自销毁电子病历的,依照国家有关法律追究行为人相应的法律责任。

(2)因泄露患者隐私造成严重后果的,依法承担相应的赔偿责任。

(3)侵犯他人知识产权的,依法承担相应的赔偿责任。以上行为情节严重,构成犯罪的,应依法追究其刑事责任。

第十二章　临床路径文本及实施记录基本要求

一、临床路径文本

包括医师版临床路径表和患者版临床路径告知单。

1. 医师版临床路径表：是指以时间为横轴、诊疗项目为纵轴的表单，将临床路径确定的诊疗项目依时间顺序以表格清单的形式罗列出来。各医疗机构可根据本机构实际情况，参考本章中附件1来制订医师版临床路径表。

2. 患者版临床路径告知单：是指用于告知患者其需要接受的诊疗服务过程的表单。各医疗机构可根据本机构实际情况，参考本章中附件2制订患者版临床路径告知单。

二、临床路径诊疗项目包括医嘱类项目和非医嘱类项目

1. 医嘱类项目：应当遵循循证医学原则，并参考卫生部发布或相关专业学会（协会）和临床标准组织制定的疾病诊疗常规和技术操作规范，包括饮食、护理、检验、检查、处置、用药、手术等。它根据临床需要可分为"可选项"（即进入路径管理患者必要时可以选择使用的医嘱项目，选择使用"可选项"视为变异，必须记录变异原因）和"必选项"（即进入路径管理患者必须选择使用的医嘱项目，不选择"必选项"视为变异，必须记录变异原因）。

2. 非医嘱类项目：包括健康教育指导和心理支持等项目。

三、临床路径的变异

是指患者在接受诊疗服务的过程中，出现偏离临床路径程序或在根据临床路径接受诊疗过程中出现偏差的现象。

临床路径发生变异的主要类型包括："必选项"未选、选择"可选项"、路径表单外新增医嘱、路径表单医嘱延迟等。

变异的处理应当遵循以下步骤：

1. 记录:医务人员应当及时将变异情况记录在医师版临床路径表中,记录应当真实、准确、简明。

2. 分析:经治医师应与个案管理员交换意见,共同分析变异原因并制订处理措施。

3. 报告:经治医师应当及时向实施小组报告变异原因和处理措施,并与科室相关人员交换意见,并提出解决或修正变异的方法。

4. 讨论:对于较普通的变异,可以组织科内讨论,找出变异的原因,提出处理意见;也可以通过讨论、查阅相关文献资料探索解决或修正变异的方法。对于临床路径中出现的复杂而特殊的变异,应当组织相关专家进行重点讨论。

附件 1

医师版临床路径表

________临床路径表

姓　名________
性　别________
年　龄______
住院号________

适用对象________患者　ICD－10 ________
住院日期____年____月____日　　出院日期____年____月____日
标准住院天数______天　　实际住院天数______天

住院天数	住院第 1 天			住院第 2 天			住院第 3 天(手术日前 1 天)		
临床诊断与病情评估									
主要诊疗工作									
重点医嘱	长期医嘱： 临时医嘱：			长期医嘱： 临时医嘱：			长期医嘱： 临时医嘱：		
护理与健康教育									
变异	□有　无 原因：			□有　无 原因：			□有　无 原因：		
特殊医嘱									
护士签名	白班	小夜	大夜	白班	小夜	大夜	白班	小夜	大夜
医生签名									

临床路径表

续表

住院天数	住院第 4 天	住院第 5 天	住院第 6 天	……
临床诊断与病情评估				
主要诊疗工作				
重点医嘱	长期医嘱： 临时医嘱：	长期医嘱： 临时医嘱：	长期医嘱： 临时医嘱：	
护理与健康教育				
变异	□有　无 原因：	□有　无 原因：	□有　无 原因：	
特殊医嘱				
护士签名	白班　小夜　大夜	白班　小夜　大夜	白班　小夜　大夜	
医生签名				



附件 2

患者版临床路径告知单

姓名________ 性别_____ 年龄_____ 住院号________

住院天数	住院第 1 天	住院第 2 天	住院___第天(手术日前 1 天)
医生的工作			
护士的工作			
患者及家属的工作			
	住院第___天(手术日) 术前	术后	住院第___天 (术后第 1 天)
医生的工作			
护士的工作			
患者及家属的工作			
	住院第___天 (术后第 2 天)	住院第___天 (术后第 3 天)	住院第___天 (出院日)
医生的工作			
护士的工作			
患者及家属的工作			

第十三章　病历管理与质量控制

第一节　概　　述

一、病案管理

病案(病历)管理含义有广义和狭义之分。狭义的病案管理指对病案物理性质的管理,即对病案资料的回收、整理、装订、编号、提供和保管等工作程序。广义病案管理不仅对病案物理性质进行管理,而且还对病案进行卫生信息管理,即对病案记录的内容进行加工,从病案资料中提炼出有价值的信息,进行科学管理,如建立较为完整的索引系统,对病案中的有关资料分类加工、分析统计,对收集资料的质量进行监控,向医务人员、医院管理人员及其他信息使用人员提供高质量的卫生信息服务。

二、病案(病历)质量控制

病案(病历)质量控制包括病案管理质量控制和病案(病历)书写内容质量控制两部分。病案管理质控是指对病案管理工作各个流程进行质量检查、评估,如病案回收率、疾病分类编码正确率等。病案(病历)内容质量控制主要通过对病案(病历)书写质量进行监控,从格式到内容(如诊疗措施的合理性、及时性等)进行全面监控。监控包括环节质量监控和终末质量监控,尤其应以环节质量监控为重点。

三、病案管理组织

病案质量反映着医院的医疗质量和管理水平,病案(病历)质量控制涉及医院的多个部门,二级及以上的医院应设立专门的病案管理科,并设立病案质量管理委员会,配备有专业技术称职的人员和满足工作所需的设备(房屋、设施等),是保证其病案管理工作需求的基本条件。

第二节　病历管理要求

一、门诊病历管理

1. 门(急)诊病历原则上由患者负责保管。医疗机构建有门(急)诊病历档案室或者已建立门(急)诊电子病历的,经患者或者其他法定代理人同意,其门(急)诊病历可以由医疗机构负责保管。

2. 门(急)诊病历由患者保管的,医疗机构应将检查检验结果及时交由患者保管。

3. 门(急)诊病历由医疗机构保管的,医疗机构应当在收到检查检验结果后24小时内,将检查检验结果归入或者录入门(急)诊病历,并在每次诊疗活动结束后首个工作日内将门(急)诊病历归档。

4. 门(急)诊病历由医疗机构保管的,患者就诊需要时应指定专人送至就诊科室;患者如多科就诊,应指定专人送达后续科室。每次诊疗活动结束后24小时内收回。

5. 门(急)诊病历应编号并标注页码。

6. 急诊留观病历书写要求同入院记录,重点记录观察期间病情变化和诊疗措施、医嘱内容等,记录简明扼要。急诊留观室患者出室时,在急诊留观病历上注明患者去向,并在患者门诊病历上做简要小结。

二、住院运行病历管理

1. 患者住院期间,住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要,须将病历带离病区时,应当由病区指定的专门人负责携带和保管,如需复印按有关规定办理复印手续。

2. 住院运行病历应按规定的顺序排列。

3. 医疗机构应当在收到住院患者检查检验结果的相关资料后24小时内归入或录入住院病历。

4. 患者出院后,住院病历由病案管理部门或专(兼)职人员统一保存、管理。

三、归档病案管理

1. 基本要求

（1）医疗机构应当严格病历管理，任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

（2）归档病案按归档顺序排列。

（3）归档病案应当标注页码或者电子页码，病案首页左上角应注明该份病历总页数，在病历每页纸正面的右上角注明该页序号。

（4）归档病案一旦移交病案管理部门后，除按规定办理审批手续外，任何人不得随意调阅和外借。

2. 病历的借阅与复制

（1）除为患者提供诊疗服务的医务人员及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理或医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

（2）其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，应向患者就诊医疗机构提出申请，经同意并办理相关手续后方可查阅、借阅。查阅后应当立即归还，借阅病历应当在 3 个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离患者就诊的医疗机构。

（3）医疗机构应当受理下列人员和机构复印或者查阅病历资料的申请，并依据规定提供病历复制或者查阅服务：

①患者本人或者其委托代理人。

②死亡患者法定继承人或者其他代理人。

（4）医疗机构应当指定部门或者专（兼）职人员负责受理复制病历资料的申请。受理申请时，应当要求申请人提供有关证明材料，并对申请材料的形式进行审核。

①申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明。

②申请人为患者代理人的，应提供患者及其代理人的有效身份证明，及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书。

③申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、

死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料。

④申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

(5)医疗机构可以为申请人复制门(急)诊病历和住院病历中的体温单、医嘱单、住院志(入院记录)、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重(病危)患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料等病历资料。

(6)公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员提供以下证明材料后，医疗机构可以根据需要提供患者部分或全部病历。

①该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明。

②经办人本人有效身份证明。

③经办人本人有效工作证明(需与该行政机构、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致)。

保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

(7)按照《病历书写基本规范》《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，但申请人要求复制病历时，可以对已完成病历先行复制，在医务人员按规定完成病历后，再对新完成部分进行复制。

(8)医疗机构受理复制病历资料申请后，由指定部门或者专(兼)职人员通知病案管理部门或专(兼)职人员，在规定时间内将需要复制的病历资料送至指定地点，并在申请人在场的情况下复制；复制的病历资料经申请人和医疗机构双方确认无误后，加盖医疗机构证明印记。

(9)医疗机构复制病历资料，可以按照规定收取工本费。

4. 病历的封存与启封

(1)依法需要封存病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历复制件。

医疗机构申请封存病历时，医疗机构应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医疗机构可以在公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

(2)医疗机构负责封存病历复制件的保管。

(3)封存后病历的原件可以继续记录和使用。

按照《病历书写基本规范》《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，可以对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

(4)开启封存病历应当在签封各方在场的情况下实施。

5. 病历的保存

(1)医疗机构可以采用符合档案管理要求的缩微技术等对纸质病历进行处理后保存。

(2)门(急)诊病历由医疗机构保管的，保存时间自患者最后1次就诊之日起不少于15年；住院病历保存时间自患者最后1次住院至出院之日起不少于30年。

(3)医疗机构变更名称时，所保管的病历应由变更后医疗机构继续保管。医疗机构撤销后所保管的病历可由省级卫生计生行政部门、中医药管理部门或省级卫生计生行政部门、中医药管理部门

指定的机构按规定妥善保管。

第三节　病历排列顺序

一、住院运行病历排列顺序

1. 体温单
2. 医嘱单(长期医嘱单、临时医嘱单)
3. 入院记录
4. 病程记录
5. 疑难危重病例讨论记录
6. 授权委托书
7. 医患沟通记录
8. 自费项目知情同意书
9. 术前讨论记录
10. 手术同意书
11. 麻醉同意书
12. 麻醉术前访视单
13. 手术风险评估表
14. 手术安全核查表
15. 手术护理记录单(手术物品清点记录)
16. 麻醉记录
17. 手术记录单
18. 植入医疗器械使用登记表
19. 围手术期护理评估及交接单
20. 麻醉术后访视单
21. 术后病程记录(另起一页)
22. 病重(病危)患者护理记录
23. 患者入院护理评估记录单
24. 住院患者护理记录单
25. 患者交接单

26. 血糖监测登记表
27. 住院患者高危跌倒护理评估表
28. 住院患者高危压疮评估——诺顿改良评分表
29. 住院患者导管风险评估记录单
30. 出院记录
31. 死亡记录
32. 输血治疗知情同意书
33. 特殊检查(特殊治疗)同意书
34. 会诊记录单
35. 病危(重)通知书
36. 病理资料
37. 辅助检查报告单
38. 医学影像检查资料
39. 医院感染发生率调查表
40. 住院病历质量评定表
41. 入院通知单

二、归档病案装订顺序

1. 住院病案首页
2. 入院记录
3. 病程记录
4. 疑难危重病例讨论记录
5. 授权委托书
6. 术前讨论记录
7. 手术同意书
8. 麻醉同意书
9. 麻醉术前访视记录单
10. 手术风险评估表
11. 手术安全核查表
12. 手术护理记录单(手术物品清点记录)

13. 麻醉记录
14. 手术记录
15. 植入医疗器械使用登记表
16. 围手术期护理评估及交接单
17. 麻醉术后访视单
18. 术后病程记录(另起一页)
19. 出院记录
20. 死亡记录
21. 死亡医学证明书(存根联)
22. 死亡病例讨论记录
23. 自费项目知情同意书
24. 输血治疗知情同意书
25. 特殊检查(特殊治疗)同意书
26. 会诊记录单
27. 医患沟通记录
28. 病危(重)通知书
29. 病理资料
30. 辅助检查报告单
31. 医学影像检查资料
32. 体温单
33. 医嘱单
34. 患者入院护理评估记录单
35. 住院患者护理记录单
36. 病重(病危)患者护理记录
37. 患者交接单
38. 血糖监测登记表
39. 住院患者高危跌倒护理评估表
40. 住院患者高危压疮评估——诺顿改良评分表
41. 住院患者导管风险评估记录单

42. 医院感染发生率调查表

43. 归档病案质量评分表

44. 入院通知单

注:①同次住院多次手术,围手术期病历表格按手术时间先后顺序分次排序。

②护理表格:根据需要归档的部分表格按第七章《护理文书书写要求与格式》章节中标注的表格序号进行排列,列在医嘱单之后。其中护理表格中的表30～表33不需归栏。

第四节 病历质量评定标准

病历质量不仅可以反映医护人员的业务素质,也能体现医院管理人员的素质和水平。为加强病历质量管理,使病历书写符合规范化和标准化的要求,根据卫生部、国家中医药管理局2012年颁发的《病历书写基本规范》《电子病历基本规范》和国家卫生计生委、国家中医药管理局2013年颁发的《医疗机构病历管理规定(2013版)》等文件精神,结合安徽省卫生厅医疗质量督查的相关内容,制定住院病历质量评定标准及细则、门急诊病历质量评定标准、中医病历质量评定标准及细则(见第五章),作为安徽省医疗机构病历质量评定的参照标准。

病历质量评定标准如下:

1. 每份出院归档病历质控标准为100分,甲级病历≥90分,大于75分而小于90分的为乙级病历,丙级病历≤75分。一份病历中存在3个乙级病历条款者应评定为丙级病历。

2. 甲、乙级病历为合格病历,丙级病历为不合格病历。门(急)诊病历质量评定标准为10分,质控结果≥8分为合格病历。

（一）门（急）诊病历质量评定标准

单位名称______ 科室______ 医师______ 检查人______ 检查日期______

项目	标准分	缺欠内容及减分标准	减分	得分
一般要求	1	门（急）诊病历首页（门诊手册封面）9 项内容缺 1 项减 0.1 分；未标日期减 0.3 分，急诊未标明时分减 0.2 分，未注明科别减 0.2 分；字迹潦草、错别字、涂改、跨行每处减 0.1 分		
主诉	1	缺主诉减 1 分或主诉不完整减 0.5 分；复诊取药缺反映病史的描述减 0.5 分		
病史	2	不能与主诉结合减 1 分，不能反映病情起始、演变减 1 分；复诊病历未描述经过治疗后的结果及病情变化减 0.5 分；初诊缺必要鉴别资料或复诊时未予补充各减 0.5 分；缺与本次诊断相关既往史减 0.5 分或既往史记录不全减 0.3 分		
体检	2	遗漏一般阳性体征减 0.5 分；遗漏重要阳性体征或有鉴别诊断意义的阴性体征减 1 分；遗漏与本次就诊相关的主要系统脏器检查，每项减 0.2 分		
诊断	1	缺诊断意见、诊断不规范减 0.5 分		
处理	2.5	诊疗方案不正确、不及时、不合理每项减 0.5 分；缺危重患者门（急）诊抢救记录减 2 分，缺留观记录减 1 分；缺与诊断或鉴别诊断有关的检查减 0.5 分，检查结果无记录减 0.3～0.5 分；不能及时诊断未按规定要求会诊减 1 分		
签名	0.5	缺医师签名减 0.5 分，医师签名无法辨认减 0.3 分，实习、进修医师书写门（急）诊病历无上级医师签名减 0.5 分		
合计	10			

说明：1. 本评分标准按原卫生部 2010 年颁发的《病历书写基本规范》门（急）诊病历书写要求及内容制定。

2. 本评分标准总分为 10 分，对每一项目减分采取累加的计分办法，最高不超过本项目的标准分值。

3. 根据门（急）诊病历评分结果，≥8 分为合格病历。

（二）出院病历评级标准及评分细则

1. 有下列情况之一即为丙级病历

（1）无入院记录（或未在患者入院后 24 小时内完成）或非执业医师书写。

（2）无首次病程记录或未在患者入院后 8 小时内完成，或非执业医师代写首次病程记录。

（3）病重病危患者病历中无病重（病危）患者护理记录。

(4)无术前讨论记录或手术者未参加讨论。

(5)无手术记录或未在术后 24 小时内完成。

(6)使用人体植入物者病历中无植入医疗器械使用登记表(含条形码)。

(7)无麻醉术前访视记录、麻醉记录、麻醉术后访视记录之一者。

(8)无手术风险评估记录、手术安全核查记录之一者。

(9)体腔内手术无手术物品器械清点记录。

(10)无出院记录或未在患者出院后 24 小时内完成。

(11)无死亡记录或未在患者死亡后 24 小时内完成。

(12)无死亡讨论记录或未在患者死亡后 7 日内完成。

(13)无必备的知情同意书及授权委托书。

(14)已输血(包括备血)病历中无输血前常规检查项目。

(15)涂改、伪造病历内容或复制导致严重后果。

(16)病历中诊断部位左右错误导致严重后果。

(17)产科病历中无新生儿脚印和母亲右手拇指印,或新生儿性别错误。

(18)病历各种医疗文书整页缺失。

归档病案质量评分表

姓名_______ 科别_______ 床号_______ 住院号_______ 病区_______

病 历 内 容		科室自评	医院评分
一、首页及眉栏(5 分)			
二、入院记录(20 分)			
三、病程记录(40 分)	1. 首次病程录(6 分)		
	2. 上级医师查房记录(包括上级医师首次查房记录、上级医师日常查房记录)(10 分)		
	3. 一般病程记录(包括日常病程记录、有创诊疗操作记录、会诊记录、疑难病例讨论记录、抢救记录、交接班记录、转科记录、阶段小结、病重、病危患者护理记录)(10 分)		
	4. 围手术期记录(包括术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、麻醉记录、手术记录、手术安全核查记录、手术清点记录、术后病程记录、麻醉术后访视记录)(12 分)		
四、出院记录或死亡记录(包括死亡记录、死亡病例讨论记录)(8 分)			
五、医疗知情同意书和委托书(10 分)			
六、医嘱、辅助检查、体温单(12 分)			
七、其他书写基本要求(5 分)			
合计总分:100 分		科室评分 ___分	医院评分 ___分

科室评定人签名__________ 医院评定人签名__________

2. 住院病历质量评分细则(总分 100 分)

(一)病案首页(5 分)

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分分值/评级
病案首页	各项目填写完整、正确、规范	首页中姓名、性别、身份证号码、联系人及联系方式、住址、血型等重要信息错写或漏写	2
		诊断、手术操作名称未填写或填写错误	5
		首页及病历中诊断部位左右错误导致严重后果	丙级
		其他项目未填写或填写错误或不规范	0.2/处
		首页缺科主任或治疗组长签名	1

(二)入院记录(20 分)

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分分值/评级
入院记录	入院记录由执业医师在患者入院后 24 小时内完成。书写形式符合要求	缺入院记录(或未在 24 小时内完成)或非执业医师书写	丙级
		书写形式不符合要求	1
1. 一般项目	填写齐全、准确	缺项或错误或不规范	0.5/项
2. 主诉	(1)不超过 20 个字,能导出第一诊断	超过 20 个字、未导出第一诊断	1
	(2)症状及持续时间,原则上不用诊断名称代替	主诉不规范或用诊断代替而在现病史中发现有症状	1
3. 主诉	(1)发病情况:记录发病的时间、地点、起病急缓、前驱症状、可能的原因或诱因	缺一项内容	1/项
	(2)主要症状特点及其发展变化情况:按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素,以及演变发展情况	缺一项内容	1/项
	(3)伴随症状:记录伴随症状,描述伴随症状与主要症状之间的相互关系	缺一项内容	1/项
	(4)发病以来诊疗经过及结果:记录患者发病后到入院前,在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加以引导号("")以示区别	一项内容不符合要求	0.5/项
	(5)发病以来一般情况:简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况	一项内容不符合要求	0.5/项
	(6)与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况,在现病史后另起一段予以记录。	一项内容不符合要求	0.5/项

续表

4. 既往史	记录一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等	缺内容	1/项
		记录有缺陷	0.5/项
5. 个人史、婚育史、月经史、家族史	(1)记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史	缺个人史或遗漏与诊治相关的个人史	1/项
		记录有缺陷	0.5/项
	(2)婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间(或闭经年龄)，月经量、痛经及生育等情况	缺婚育史月经史	1/项
		记录有缺陷	0.5/项
	(3)父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病	缺家族史	1/项
		缺项或家族中有死亡未描述死因	0.5/项
6. 体格检查	(1)项目齐全，填写完整。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压；一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及五官，颈部，胸部(胸廓、肺部、心脏、血管)，腹部(肝、脾等)，直肠，肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等	头、颈、胸、腹、脊柱，四肢、神经系统等缺少任何一项检查记录	0.5～1/项
	(2)与主诉现病史相关的查体项目有重点描述，且与鉴别诊断有关的体检项目充分	与本次住院相关的查体项目不充分	2/项
	(3)专科检查情况全面、正确。与鉴别诊断有关的体征记录详细	漏写重要的阳性体征、漏写有鉴别诊断意义的阴性体征	2/项
7. 辅助检查	记录入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。写明检查日期，外院检查注明检查医院名称及检查号	有辅助检查结果未记录或记录有缺陷	1/项
8. 初步诊断、入院诊断	诊断合理，疾病名称规范，主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断	缺初步诊断	2
		诊断不合理、不规范、排序有缺陷；仅以症状或体征代替诊断	1
	患者入院后48小时内有主治医师的入院诊断	缺入院诊断(或未在患者入院后48小时内完成)	4
9. 医师签名	本院执业医师书写并签名	无医师签名	1

续表

(三)病程记录:40 分			
1. 首次病程记录	(1)由经治医师或值班医师在患者入院 8 小时内完成	缺首次病程记录或未在患者入院 8 小时内完成或非执业医师代写首次病程记录	丙级
	(2)病例特点:对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征,包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。要求重点突出,逻辑性强	缺一项或拷贝入院记录内容未归纳提炼。	2/项
	(3)诊断依据及鉴别诊断(拟诊分析):根据病例特点,提出初步诊断和诊断依据;对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析;对下一步诊治措施进行分析	一项书写有缺陷(分析讨论、鉴别诊断不够,诊疗计划无具体内容、无评估内容等)	2/项
	(4)诊疗计划:提出具体的检查及治疗措施安排		
2. 日常病程记录	(1)病危患者根据病情变化随时书写,每天至少 1 次,时间记录到分钟。病重患者至少 2 天记录 1 次。病情稳定的患者,至少 3 天记录 1 次	危重患者未按规定记录病程记录	2/次
		病情稳定的患者未按规定病程记录	1/次
	(2)新患者入院后连续记录 3 天病程记录	新患者入院后未连续记录 3 天病程记录	2/次
	(3)记录患者的病情变化情况,包括患者自觉症状、体征,分析其原因	未及时记录病情变化,观察记录无针对性,对新的阳性发现无分析及处理	1/次
	(4)记录重要的辅助检查结果及临床意义	未记录重要、异常的检查结果或无分析、判断、处理	1/次
	(5)记录所采取的诊疗措施、医嘱更改内容及理由	未记录所采用的诊疗措施、未对更改药物、治疗方式进行说明	1/次
	(6)记录向患者及其近亲属告知的重要事项及其意愿,必要时请患方签名	未记录向患者告知的情况	1/次
	(7)实习医生书写的病程记录必须由有上级医师按规定的时限签改	未能在规定的时限内签改	0.5/次
	(8)输血当天病程记录中记录输血适应证、输血种类及量,有无输血反应	病程记录中无记录或记录有缺陷	1/次
	(9)患者出院后 24 小时内应有上级医师评估并同意出院的病程记录	无出院病程记录和评估内容	2/次

续表

<table>
<tr><td rowspan="4">3. 上级医师首次查房记录</td><td>(1)患者入院48小时内完成上级医师查房记录</td><td>缺上级医师首次查房记录或未在患者入院48小时内完成</td><td>乙级</td></tr>
<tr><td>(2)记录上级医师姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、分析其原因</td><td>未记录上级医师查房,或记录中对病史、体征无补充内容,缺病情评估内容</td><td>2/项</td></tr>
<tr><td rowspan="2">(3)记录上级医师对诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等</td><td>无必要的分析讨论,无鉴别诊断</td><td>2/项</td></tr>
<tr><td>分析讨论不够或复制首次病程记录内容</td><td>1～2/项</td></tr>
<tr><td>4. 日常上级医师查房记录</td><td>记录查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等</td><td>查房无内容、无分析、无诊疗意见</td><td>1～2/次</td></tr>
<tr><td rowspan="2">5. 有创诊疗操作记录</td><td rowspan="2">在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况,记录过程是否顺利、有无不良反应,术后注意事项及是否向患者说明,操作医师签名</td><td>有创诊疗操作无记录</td><td>乙级</td></tr>
<tr><td>记录不及时或记录不全面</td><td>0.5～1/次</td></tr>
<tr><td rowspan="4">6. 会诊记录</td><td>(1)常规会诊48小时内完成,急会诊10分钟内到场,并在会诊结束后即刻完成会诊记录</td><td>有会诊医嘱无会诊记录单</td><td>乙级</td></tr>
<tr><td>(2)申请会诊记录:应当简要记载患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的,申请会诊医师签名等</td><td rowspan="2">会诊记录书写有漏项或有缺陷</td><td rowspan="2">1～2/次</td></tr>
<tr><td>(3)会诊记录:包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等</td></tr>
<tr><td>(4)申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况</td><td>未在病程记录中记录会诊意见执行情况</td><td>1～2/次</td></tr>
<tr><td rowspan="2">7. 疑难病例讨论记录</td><td rowspan="2">对确诊困难或疗效不确切病例及时进行讨论。内容包括讨论日期、主持人(科主任或副高以上医师)、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等</td><td>对确诊困难或疗效不确切病例未进行讨论</td><td>乙级</td></tr>
<tr><td>记录内容简单或无分析或内容有明显缺陷</td><td>1～2/次</td></tr>
<tr><td rowspan="3">8. 抢救记录</td><td rowspan="3">在抢救结束后6小时内完成。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。时间应记录到分钟</td><td>有抢救无抢救记录或未在抢救结束后6小时内完成</td><td>乙级</td></tr>
<tr><td>书写内容有缺陷</td><td>1/次</td></tr>
<tr><td>危重症抢救后缺对患者紧急病情评估</td><td>2/次</td></tr>
</table>

9. 交接班记录、转科记录、阶段小结	(1)交接班记录:交班和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结,交班记录在交班前完成,接班记录在接班后24小时内完成,内容符合要求	缺交接班记录、转科记录、阶段小结或未按时完成或交班与接班、转出与转入记录内容雷同	2/次
	(2)转科记录:转出记录在转科前完成,入科记录在患者入科后24小时内完成,内容符合要求		
	(3)阶段小结:患者住院时间较长,经治医师每月必须对患者的病情进行总结,内容包括:入院日期、出院日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等	缺阶段小结	乙级
		缺病情评估内容或书写有缺陷	1～2/次
10. 病重(病危)患者护理	(1)由护士根据相应专科的护理特点书写	缺病重(病危)患者护理记录	丙级
	(2)内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟	缺项或不规范	0.5/项
11. 术前小结	1级及1级以上手术在患者手术前,由经治医师对患者病情所作的总结。包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项,并记录手术者术前查看患者相关情况等	缺术前小结	5
		有缺陷、漏项等	0.5/次
12. 术前讨论记录	(1)1级及1级以上手术在术前24小时内完成手术前讨论。1～2级手术根据情况由治疗组进行术前讨论,3～4级及以上手术和危重、致残、新手术、特殊手术等全科讨论,疑难复杂者在全科讨论的前提下进行全院讨论。并要求手术者参加	未按规定要求进行术前讨论或手术者未参加	丙级
	(2)对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施进行讨论	对手术方式或术中可能出现的问题及应对措施讨论不够	2/次
	(3)内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等	有漏项或记录有缺陷	0.5/次

续表

<table>
<tr><td rowspan="2">12. 术前讨论记录</td><td>(4)特殊、重大、新手术必须由科室申请并报医务处审批</td><td>缺批文</td><td>乙级</td></tr>
<tr><td>(5)请院外专家会诊或手术必须由科室申请并报医务处审批</td><td>缺批文</td><td>乙级</td></tr>
<tr><td rowspan="4">13. 手术记录</td><td rowspan="2">(1)由手术者书写，术后 24 小时内完成；特殊情况下由第一助手书写时，必须有手术者签名</td><td>缺手术记录或未在术后 24 小时内完成</td><td>丙级</td></tr>
<tr><td>第一助手书写缺手术者签名</td><td>5/次</td></tr>
<tr><td>(2)包括一般项目(姓名、性别、年龄、科别、病区、床号、住院号)、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等</td><td>缺项或不规范</td><td>0.5/项</td></tr>
<tr><td>(3)使用人体植入物者病历中应有植入医疗器械使用登记表(含条形码)</td><td>缺植入医疗器械使用登记表(含条形码)</td><td>丙级</td></tr>
<tr><td rowspan="3">14. 术后首次病程记录</td><td rowspan="2">(1)由参加手术的医师在患者术后即时完成，并连续记录 3 天</td><td>缺术后首次病程记录</td><td>乙级</td></tr>
<tr><td>术后缺连续 3 次术后病程记录</td><td>2/次</td></tr>
<tr><td>(2)内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等</td><td>缺项或不规范</td><td>0.5/项</td></tr>
<tr><td rowspan="3">15. 麻醉术前访视记录</td><td rowspan="2">(1)1 级及以上手术由麻醉医师术前完成麻醉术前访视并进行麻醉前评估</td><td>缺麻醉术前访视记录</td><td>丙级</td></tr>
<tr><td>缺麻醉评估记录</td><td>2</td></tr>
<tr><td>(2)包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期</td><td>缺项或不规范</td><td>0.5/项</td></tr>
<tr><td rowspan="3">16. 麻醉记录</td><td rowspan="2">(1)1 级及以上手术由麻醉医师完成。并进行麻醉中病情评估</td><td>缺麻醉记录</td><td>丙级</td></tr>
<tr><td>缺麻醉中病情评估</td><td>2</td></tr>
<tr><td>(2)内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等</td><td>缺项或不规范</td><td>0.5/项</td></tr>
</table>

续表

17. 麻醉术后访视记录	(1)1级及以上手术由麻醉医师术后完成。并进行麻醉后病情评估	缺麻醉术后访视记录	丙级
		缺麻醉后病情评估记录	2
	(2)包括姓名、性别、年龄、科别、住院号,患者一般情况、麻醉恢复情况,清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等,如有特殊情况应详细记录,麻醉医师签字并填写日期	缺项或不规范	0.5/项
18. 手术风险评估记录	(1)由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方在术前24小时内对病情进行手术风险评估,评估后在相应的栏目中签名	缺手术风险评估记录	丙级
	(2)手术风险标准依据是根据手术切口清洁程度,麻醉分级,手术持续时间这3个变量进行计算其手术的风险分级	项目不全或记录不规范	0.5/项
19. 手术安全核查记录	(1)由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方共同在患者麻醉实施前、手术开始前和离室前进行核对、确认并签字	缺手术安全核查记录	丙级
	(2)核查患者身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录,输血的患者还应对血型、用血量进行核对	缺一方核查签名或核查项目不全或记录不规范	0.5/项
20. 手术物品器械清点记录	体腔内手术必须有手术物品器械清点记录,由手术者、器械护士、巡回护士在手术结束前清点后及时完成	缺手术物品器械清点记录	丙级
21. 病危(重)通知书	病危(重)通知书各项填写完整,1式2份,1份交给患者,1份归入病历保存	有病危(重)医嘱无病危(重)通知书	乙级
		填写不规范或漏项	0.2/处
(四)出院记录、死亡记录(死亡病例讨论记录及相关记录)8分			
(1)出院记录在患者出院后24小时内完成		缺出院记录或未在规定时间内完成	丙级
(2)死亡记录在患者死亡后24小时内完成		缺死亡记录或未在规定时间内完成	丙级
(3)出院(死亡)记录内容包括入院日期、出院(死亡)时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院(死亡)诊断、出院(死亡)情况、出院医嘱(死亡原因)等。含病理号、MRI、CT、X线等重要信息		缺项或不规范	0.5/项
		出院医嘱不具体(出院带药未写明药名、剂量、用法、带药总量及随访要求和注意事项交代等)	1~2/项



续表

(4)出院诊断依据充分，诊断全面、明确，出院医嘱合理规范	记录有缺陷	1～2 分
(5)出院(死亡)记录应有上级医师签名	缺上级医师签名	2
(6)死亡病例讨论记录应在患者死亡后 1 周内完成	缺死亡讨论记录或未在规定时间内完成	丙级
(7)死亡病例讨论记录由科主任或具有副高职称以上医师主持，内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者签名等	分析讨论不够	2
	记录不规范或缺陷	1
(8)死亡病历中必须有临终心电图，并注明姓名、床号、性别、时间	缺临终心电图	2
(9)死亡病历中必须有《死亡医学证明》	缺《死亡医学证明》	乙级
(10)死亡病历中患者死亡时间记录一致(临终抢救记录、医嘱单、体温单、死亡记录、危重患者护理记录单、临终心电图、死亡医学证明、死亡讨论记录等)	有一处时间不一致	乙级

(五)知情同意书(10 分)

书写项目	检 查 要 求	扣 分 标 准	扣分分值/评级
知情同意书	(1)手术、麻醉、输血、放疗、化疗、特殊检查(治疗)等需取得患者书面同意方可进行的医疗活动均应有患方签署意见并签名的知情同意书	缺知情同意书	丙级
		仅有患方签名，无患方签署意见	5
	(2)手术、麻醉、输血、放疗、化疗、特殊检查(治疗)等知情同意书记录规范，内容包括项目名称、可能出现的并发症、风险、患方意见并签名、医师签名等	缺项或内容不全面、书写不规范	1～2/项
	(3)因保护性医疗制度限制患者本人无法签知情同意书者必须有授权委托人签署知情同意书，但必须有授权委托书	缺必备的授权委托书	丙级
		亲属或关系人签名与授予权委托书签名不一致	乙级

(六)医嘱、辅助检查报告单及体温单(12 分)

书写项目	检 查 要 求	扣 分 标 准	扣分分值/评级
1. 医嘱单	(1)医嘱内容应当准确、清楚、规范，每项医嘱应当只包含一个内容，禁止有非医嘱内容	一处不符合要求	0.5/处
	(2)每项医嘱有明确的开具、停止、执行时间。有医师、护士签名	缺签名	乙级
	(3)需取消医嘱时，用红色墨水标注“取消”字样并签名	取消医嘱不规范	0.5/处

续表

2. 辅助检查报告单	(1)辅助检查报告单与医嘱相符，报告单完整无遗漏	不相符或缺对诊疗有重要价值的报告单	乙级
	(2)认可的其他医院的辅助检查结果，病历中应有报告单原件或复印件	缺少一张报告单	1
	(3)已输血(包括备血)病例应有输血前常规检查项目(血常规、肝功能、血型、肝炎项目、HIV 抗体、梅毒抗体)	缺输血前常规检查项目	丙级
	(4)手术病例手术前完成常规辅助检查项目(血尿粪常规、出凝血时间、病毒项目、肝功肾功、心电图、胸片等)	未完成相关检查项目	0.5/项
	(5)每张辅助检查报告单项目齐全，内容规范，粘贴规范	报告单不全或内容不规范	0.5/张
3. 体温单	体温单完整，内容齐全，书写规范	体温单记录有缺陷	0.5/处

(七)书写基本要求(5 分)

书写项目	检 查 要 求	扣 分 标 准	扣分分值/评级
书写基本要求	1. 严禁涂改、伪造病历内容。计算机打印的病历符合病历书写要求。严禁复制错误	涂改、伪造病历内容或复制导致的严重错误	丙级
	2. 产科病历必须有新生儿脚印和母亲右手拇指印，新生儿性别标注准确	缺新生儿脚印和母亲右手拇指印，或新生儿性别错误	丙级
	3. 规范使用医学术语，字迹清晰，语句通顺，标点正确，格式规范。标注页码，页面整洁，每页有患者姓名、病案号等基本信息。排序正确，内容齐全，不缺页、少页	整页缺失	丙级
		书写不规范、页面排序有误、页面不整洁等	0.5/处
	4. 病历内容客观，同份病历前后不得自相矛盾	病历内容有矛盾	1/处
	5. 用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。急诊病历、病危患者的病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达时间记录至分钟	记录不符合要求	0.2/处
	6. 各种记录(包括计算机打印病历)应有书写医师的亲笔签名，不得摹仿或代替他人签名。非本院执业医师书写的各种记录必须经本院执业医师审阅、修改并签名	缺手写签名	乙级
	7. 修改时用双线划在错字上，保留原记录清楚可辨，注明修改时间，修改人签名	修改不规范	0.2/处
	8. 使用蓝黑、碳素黑水，需复写的可用蓝或黑色油水圆珠笔。取消医嘱用红色墨水笔。上级医师审阅修改和签名用红色墨水笔，每页修改不得超过 3 处	用笔颜色不符合规定	0.2/处

第五节　病历表格印制规范

一、病历表格印制规范

1. 病历表格的设计、印制由各级医院主管医务（教）部门负责，并指定专人负责表格的设计、引进、征求意见、审定、决定印数、清样校对、质量验收及指导使用等工作。

2. 设计病历表格要注意做到通用化、系列化、标准化。

3. 进入病历的医疗表格，须是电脑激光照排胶印印刷的表格。

4. 医疗表格采用标准的 A4 纸、A5 纸、16 开本、32 开本或 64 开本（如入院卡等）。

5. 进入病历的医疗表格称为“病历表格”，病历表格宜用标准 A4 纸，各种化验报告可采用 A5 纸。保持宽度一致，以保证装订整齐。

6. 其 A4 切纸规格定为 21cm×29.7cm。A5 切纸规格为 21cm×14.8cm。

7. A4 表格上边距不小于 2cm，左右边距、下边距不小于 1.5cm。

8. 每页表格的正面，必须在表头印医院名称，用 3 号楷体；表格名称，用 2 号黑体字；表格内容文字一般用 5 号宋体；小标题或需特别提示的文字可用 5 号黑体。住院号印在表格右上角。非 A4 表格表头文字可适当缩小号数，基本格式不变，要兼顾表格版面美观。

9. 单面书写病历表格用 60g 以上书写纸印制；双面书写病历表格用 70g 以上书写纸印制；需复写病历表格如各种检查报告单可用 60g 纸印制；病历首页及兼有骨衬作用的检验报告单粘贴纸宜用 100g 以上的双胶纸印制。电子病历打印件可用 70g 静电复印纸直接打印。

二、检验申请单、报告单印制规范

1. 常用医学检验单分为临床血液学检验、尿液检验、粪便检验、临床生化检验、临床免疫检验、临床微生物学检验和其他检验

单7大类。

2. 检验报告单规格：普通报告单使用A5格式，宽度：21cm、长度：14.8cm，周边空白处宽度不小于1cm。大报告单使用A4格式，宽度：21cm、长度29.7cm，上边距不小于2cm，左右边距、下边距不小于1.5cm，以保证装订整齐。

3. 印刷纸张质量要求：采用60g白色单胶纸，纸质颜色前后一致，用墨水书写不扩散、不渗透，遇水浸湿后不易破裂，便于粘贴。电子打印的报告单采用70g静电复印纸。

4. 项目名称用中文或通用的外文缩写（无正式中文译名者可以用外文全称）。

5. 医学检验单中的检验数值应以法定计量单位表示。

三、其他各种常用检查申请单、报告单印制规范

1. 其他常用检查申请单、报告单内容包括X线、CT、MRI、ECT、超声、电生理、病理学和内腔镜检查等。

2. 其他常用检查申请单、报告单表格的设计、印制由各级医院的主管医务（教）部门负责，并制定专人负责表格的设计、审定、决定印数、指导使用等。

3. 印制采用标准A4纸（21cm×29.7cm）纸或A5规格的纸张，以保证装订病历整齐。

4. X线申请单、报告单，ECT检查申请单，超声检查申请单、报告单，电生理检查申请单、病理学检查申请单可以用16开纸印制；CT、MRI检查申请单、报告单，ECT检查报告单，电生理检查报告单，病理学检查报告单以及内腔镜检查申请单、报告单原则上使用A4纸。

5. 对边距、字体及纸质的要求同本节“一中的7、8、9”要求。

《中华人民共和国侵权责任法》摘录

第一章　一般规定

第一条　为保护民事主体的合法权益，明确侵权责任，预防并制裁侵权行为，促进社会和谐稳定，制定本法。

第二条　侵害民事权益，应当依照本法承担侵权责任。

本法所称民事权益，包括生命权、健康权、姓名权、名誉权、荣誉权、肖像权、隐私权、婚姻自主权、监护权、所有权、用益物权、担保物权、著作权、专利权、商标专用权、发现权、股权、继承权等人身、财产权益。

第三条　被侵权人有权请求侵权人承担侵权责任。

第四条　侵权人因同一行为应当承担行政责任或者刑事责任的，不影响依法承担侵权责任。

因同一行为应当承担侵权责任和行政责任、刑事责任，侵权人的财产不足以支付的，先承担侵权责任。

第五条　其他法律对侵权责任另有特别规定的，依照其规定。

第二章　责任构成和责任方式

第六条　行为人因过错侵害他人民事权益，应当承担侵权责任。

根据法律规定推定行为人有过错，行为人不能证明自己没有过错的，应当承担侵权责任。

第七条　行为人损害他人民事权益，不论行为人有无过错，法律规定应当承担侵权责任的，依照其规定。

第八条　二人以上共同实施侵权行为，造成他人损害的，应承

担连带责任。

第九条 教唆、帮助他人实施侵权行为的，应与行为人承担连带责任。

教唆、帮助无民事行为能力人、限制民事行为能力人实施侵权行为的，应当承担侵权责任；该无民事行为能力人、限制民事行为能力人的监护人未尽到监护责任的，应当承担相应的责任。

第十条 二人以上实施危及他人人身、财产安全的行为，其中一人或者数人的行为造成他人损害，能够确定具体侵权人的，由侵权人承担责任；不能确定具体侵权人的，行为人承担连带责任。

第十一条 二人以上分别实施侵权行为造成同一损害，每个人的侵权行为都足以造成全部损害的，行为人承担连带责任。

第十二条 二人以上分别实施侵权行为造成同一损害，能够确定责任大小的，各自承担相应的责任；难以确定责任大小的，平均承担赔偿责任。

第十三条 法律规定承担连带责任的，被侵权人有权请求部分或者全部连带责任人承担责任。

第十四条 连带责任人根据各自责任大小确定相应的赔偿数额；难以确定责任大小的，平均承担赔偿责任。

支付超出自己赔偿数额的连带责任人，有权向其他连带责任人追偿。

第十五条 承担侵权责任的方式主要有：

（一）停止侵害。

（二）排除妨碍。

（三）消除危险。

（四）返还财产。

（五）恢复原状。

（六）赔偿损失。

（七）赔礼道歉。

（八）消除影响、恢复名誉。

以上承担侵权责任的方式，可以单独适用，也可以合并适用。

第十六条 侵害他人造成人身损害的，应当赔偿医疗费、护理费、交通费等为治疗和康复支出的合理费用，以及因误工减少的收入。造成残疾的，还应当赔偿残疾生活辅助用具费和残疾赔偿金。造成死亡的，还应当赔偿丧葬费和死亡赔偿金。

第十七条 因同一侵权行为造成多人死亡的，可以以相同数额确定死亡赔偿金。

第十八条 被侵权人死亡的，其近亲属有权请求侵权人承担侵权责任。被侵权人为单位，该单位分立、合并的，承继权利的单位有权请求侵权人承担侵权责任。

被侵权人死亡的，支付被侵权人医疗费、丧葬费等合理费用的人有权请求侵权人赔偿费用，但侵权人已支付该费用的除外。

第十九条 侵害他人财产的，财产损失按照损失发生时的市场价格或者其他方式计算。

第二十条 侵害他人人身权益造成财产损失的，按照被侵权人因此受到的损失赔偿；被侵权人的损失难以确定，侵权人因此获得利益的，按照其获得的利益赔偿；侵权人因此获得的利益难以确定，被侵权人和侵权人就赔偿数额协商不一致，向人民法院提起诉讼的，由人民法院根据实际情况确定赔偿数额。

第二十一条 侵权行为危及他人人身、财产安全的，被侵权人可以请求侵权人承担停止侵害、排除妨碍、消除危险等侵权责任。

第二十二条 侵害他人人身权益，造成他人严重精神损害的，被侵权人可以请求精神损害赔偿。

第二十三条 因防止、制止他人民事权益被侵害而使自己受到损害的，由侵权人承担责任。侵权人逃逸或者无力承担责任，被侵权人请求补偿的，受益人应当给予适当补偿。

第二十四条 受害人和行为人对损害的发生都没有过错的，

可以根据实际情况，由双方分担损失。

第二十五条 损害发生后，当事人可以协商赔偿费用的支付方式。协商不一致的，赔偿费用应当一次性支付；一次性支付确有困难的，可以分期支付，但应当提供相应的担保。

第三章 不承担责任和减轻责任的情形

第二十六条 被侵权人对损害的发生也有过错的，可减轻侵权人责任。

第二十七条 损害是因受害人故意造成的，行为人不承担责任。

第二十八条 损害是因第三人造成的，第三人应当承担侵权责任。

第二十九条 因不可抗力造成他人损害的，不承担责任。法律另有规定的，依照其规定。

第三十条 因正当防卫造成损害的，不承担责任。正当防卫超过必要的限度，造成不应有的损害的，正当防卫人应当承担适当的责任。

第三十一条 因紧急避险造成损害的，由引起险情发生的人承担责任。如果危险是由自然原因引起的，紧急避险人不承担责任或者给予适当补偿。紧急避险采取措施不当或者超过必要的限度，造成不应有的损害的，紧急避险人应当承担适当的责任。

第四章 关于责任主体的特殊规定

第三十二条 无民事行为能力人、限制民事行为能力人造成他人损害的，由监护人承担侵权责任。监护人尽到监护责任的可减轻其侵权责任。

有财产的无民事行为能力人、限制民事行为能力人造成他人损害的，从本人财产中支付赔偿费用。不足部分，由监护人赔偿。

第三十三条 完全民事行为能力人对自己的行为暂时没有意识或者失去控制造成他人损害有过错的，应当承担侵权责任；没有过错的，根据行为人的经济状况对受害人适当补偿。

完全民事行为能力人因醉酒、滥用麻醉药品或者精神药品对自己的行为暂时没有意识或者失去控制造成他人损害的，应当承担侵权责任。

第三十四条 用人单位的工作人员因执行工作任务造成他人损害的，由用人单位承担侵权责任。

劳务派遣期间，被派遣的工作人员因执行工作任务造成他人损害的，由接受劳务派遣的用工单位承担侵权责任；劳务派遣单位有过错的，承担相应的补充责任。

第三十五条 个人之间形成劳务关系，提供劳务一方因劳务造成他人损害的，由接受劳务一方承担侵权责任。提供劳务一方因劳务自己受到损害的，根据双方各自的过错承担相应的责任。

第三十六条 网络用户、网络服务提供者利用网络侵害他人民事权益的，应当承担侵权责任。

网络用户利用网络服务实施侵权行为的，被侵权人有权通知网络服务提供者采取删除、屏蔽、断开链接等必要措施。网络服务提供者接到通知后未及时采取必要措施的，对损害的扩大部分与该网络用户承担连带责任。

网络服务提供者知道网络用户利用其网络服务侵害他人民事权益，未采取必要措施的，与该网络用户承担连带责任。

第三十七条 宾馆、商场、银行、车站、娱乐场所等公共场所的管理人或者群体活动的组织者，未尽到安全保障义务，造成他人损害的，应承担侵权责任。

因第三人的行为造成他人损害的，由第三人承担侵权责任；管理人或者组织者尽到安全保障义务的，承担相应的补充责任。

第三十八条 无民事行为能力人在幼儿园、学校或者其他教

育机构学习、生活期受到人身损害的，幼儿园、学校或者其他教育机构应当承担责任，但能够证明尽到教育、管理职责的，不承担责任。

第三十九条 限制民事行为能力人在学校或者其他教育机构学习、生活期间受人身损害，学校或者其他教育机构未尽到教育、管理职责的，应当承担责任。

第四十条 无民事行为能力人或者限制民事行为能力人在幼儿园、学校或者其他教育机构学习、生活期间，受到幼儿园、学校或者其他教育机构以外的人员人身损害的，由侵权人承担侵权责任；幼儿园、学校或者其他教育机构未尽到管理职责的，承担相应的补充责任。

第五章 产品责任

第四十一条 因产品存在缺陷造成他人损害的，生产者应当承担侵权责任。

第四十二条 因销售者的过错使产品存在缺陷，造成他人损害的，销售者应当承担侵权责任。

销售者不能指明缺陷产品的生产者也不能指明缺陷产品的供货者的，销售者应当承担侵权责任。

第四十三条 因产品存在缺陷造成损害的，被侵权人可以向产品的生产者请求赔偿，也可以向产品的销售者请求赔偿。

产品缺陷由生产者造成的，销售者赔偿后，有权向生产者追偿。

因销售者的过错使产品存在缺陷的，生产者赔偿后，有权向销售者追偿。

第四十四条 因运输者、仓储者等第三人的过错使产品存在缺陷，造成他人损害的，产品的生产者、销售者赔偿后，有权向第三人追偿。

第四十五条 因产品缺陷危及他人人身、财产安全的，被侵权人有权请求生产者、销售者承担排除妨碍、消除危险等侵权责任。

第四十六条 产品投入流通后发现存在缺陷的，生产者、销售者应当及时采取警示、召回等补救措施。未及时采取补救措施或者补救措施不力造成损害的，应当承担侵权责任。

第四十七条 明知产品存在缺陷仍然生产、销售，造成他人死亡或者健康严重损害的，被侵权人有权请求相应的惩罚性赔偿。

第六章 机动车交通事故责任

第四十八条 机动车发生交通事故造成损害的，依照道路交通安全法的有关规定承担赔偿责任。

第四十九条 因租赁、借用等情形机动车所有人与使用人不是同一人时，发生交通事故后属于该机动车一方责任的，由保险公司在机动车强制保险责任限额范围内予以赔偿。不足部分，由机动车使用人承担赔偿责任；机动车所有人对损害的发生有过错的，承担相应的赔偿责任。

第五十条 当事人之间已经以买卖等方式转让并交付机动车但未办理所有权转移登记，发生交通事故后属于该机动车一方责任的，由保险公司在机动车强制保险责任限额范围内予以赔偿。不足部分，由受让人承担赔偿责任。

第五十一条 以买卖等方式转让拼装或者已达到报废标准的机动车，发生交通事故造成损害的，由转让人和受让人承担连带责任。

第五十二条 盗窃、抢劫或者抢夺的机动车发生交通事故造成损害的，由盗窃人、抢劫人或者抢夺人承担赔偿责任。保险公司在机动车强制保险责任限额范围内垫付抢救费用的，有权向交通事故责任人追偿。

第五十三条 机动车驾驶人发生交通事故后逃逸，该机动车

参加强制保险的，由保险公司在机动车强制保险责任限额范围内予以赔偿；机动车不明或者该机动车未参加强制保险，需要支付被侵权人人身伤亡的抢救、丧葬等费用的，由道路交通事故社会救助基金垫付。道路交通事故社会救助基金垫付后，其管理机构有权向交通事故责任人追偿。

第七章　医疗损害责任

第五十四条　患者在诊疗活动中受到损害，医疗机构及其医务人员有过错的，医疗机构承担赔偿责任。

第五十五条　医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得书面同意。

医务人员未尽到前款义务，造成患者损害的，医疗机构应承担赔偿责任。

第五十六条　因抢救生命垂危的患者等紧急情况，不能取得患者或其近亲属意的，经医疗机构负责人或授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。

第五十七条　医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。

第五十八条　患者有损害，因下列情形之一的，推定医疗机构有过错：

（一）违反法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范的规定。

（二）隐匿或者拒绝提供与纠纷有关的病历资料。

（三）伪造、篡改或者销毁病历资料。

第五十九条 因药品、消毒药剂、医疗器械的缺陷，或者输入不合格的血液造成患者损害的，患者可以向生产者或者血液提供机构请求赔偿，也可以向医疗机构请求赔偿。患者向医疗机构请求赔偿的，医疗机构赔偿后，有权向负有责任的生产者或者血液提供机构追偿。

第六十条 患者有损害，因下列情形之一的，医疗机构不承担赔偿责任：

（一）患者或者其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗。

（二）医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务。

（三）限于当时的医疗水平难以诊疗。

前款第一项情形中，医疗机构及医务人员也有过错的，应承担相应的赔偿责任。

第六十一条 医疗机构及医务人员应按照规定填写并妥善保管住院志、医嘱单、检验报告、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录、医疗费用等病历资料。

患者要求查阅、复制前款规定的病历资料的，医疗机构应当提供。

第六十二条 医疗机构及其医务人员应对患者的隐私保密。泄露患者隐私或者未经患者同意公开其病历资料，造成患者损害的，应承担侵权责任。

第六十三条 医疗机构及医务人员不得违反诊疗规范实施不必要的检查。

第六十四条 医疗机构及其医务人员的合法权益受法律保护。干扰医疗秩序，妨害医务人员工作、生活的，应当依法承担法律责任。

病历书写基本规范

卫医政发〔2010〕11号

第一章 基本要求

第一条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。

第二条 病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第三条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第四条 病历书写应使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应符合病历保存的要求。

第五条 病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

第六条 病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

第七条 病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

第八条 病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗

机构注册的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第九条 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。

第十条 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第二章 门(急)诊病历书写内容及要求

第十一条 门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页[门（急）诊病历首页封面]、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

第十二条 门(急)诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

第十三条 门(急)诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

初诊病历记录书写内容应包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗

意见和医师签名等。

复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

第十四条 门(急)诊病历记录应由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十五条 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录,重点记录观察期间病情变化和诊疗措施,记录简明扼要,并注明患者去向。抢救危重患者时,应当书写抢救记录。门(急)诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

第三章 住院病历书写内容及要求

第十六条 住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病危(重)通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

第十七条 入院记录是指患者入院后,由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料,并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后 24 小时内完成;24 小时内入出院记录应当于患者出院后 24 小时内完成,24 小时内入院死亡记录应当于患者死亡后 24 小时内完成。

第十八条 入院记录的要求及内容。

(一)患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、病史陈述者。

（二）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

（三）现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1. 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2. 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“”）以示区别。

5. 发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

（四）既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

（五）个人史、婚育史、月经史、家族史。

1. 个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2. 婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无

子女等。女性患者记录初潮年龄、行经天数、间隔天数、末次月经时间(或闭经年龄),经量、痛经及生育等情况。

3. 家族史:父母、兄弟、姐妹健康状况,有无与患者类似疾病,有无家族遗传倾向的疾病。

(六)体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压,一般情况,皮肤、粘膜,全身浅表淋巴结,头部及其器官,颈部,胸部(胸廓、肺部、心脏、血管),腹部(肝、脾等),直肠肛门,外生殖器,脊柱,四肢,神经系统等。

(七)专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

(八)辅助检查指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果,如系在其他医疗机构所做检查,应当写明该机构名称及检查号。

(九)初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况,综合分析作出的诊断。初步诊断为多项时应主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

(十)书写入院记录的医师签名。

第十九条 再次或多次入院记录,是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状(或体征)及持续时间;现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结,然后再书写本次入院的现病史。

第二十条 患者入院不足24小时出院的,可以书写24小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名等。

第二十一条 患者入院不足24小时死亡的,可书写24小时内入院死亡记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过(抢救经过)、死亡

原因、死亡诊断、医师签名等。

第二十二条 病程记录是指继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

病程记录的要求及内容：

（一）首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第1次病程记录，应当在患者入院8小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划等。

1. 病例特点：应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

2. 拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）：根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；并对下一步诊治措施进行分析。

3. 诊疗计划：提出具体的检查及治疗措施安排。

（二）日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。书写日常病程记录时，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少1次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少2天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少3天记录一次病程记录。

（三）上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院48小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师姓名、专业技术职务、对病情分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

（四）疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

（五）交（接）班记录是指患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师予接班后24小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

（六）转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、转入科室，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

（七）阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作

病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交(接)班记录、转科记录可代替阶段小结。

(八)抢救记录是指患者病情危重,采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者,未能及时书写病历的,有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记,并加以注明。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

(九)有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作(如胸腔穿刺等)的记录。应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况,记录过程是否顺利、有无不良反应,术后注意事项及是否向患者说明,操作医师签名。

(十)会诊记录(含会诊意见)是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时,分别由申请医师和会诊医师书写的记录。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的,申请会诊医师签名等。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后 48 小时内完成,急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后 10 分钟内到场,并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

(十一)术前小结是指在患者手术前,由经治医师对患者病情所作的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项,并记录手术者术前查看患者相关情况等。

（十二）术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

（十三）麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

（十四）麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

（十五）手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

（十六）手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和患者离室前，共同对患者身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等

内容进行核对的记录，输血的患者还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

（十七）手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号（或病案号）、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

（十八）术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后及时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

（十九）麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。

（二十）出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后 24 小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

（二十一）死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应具体到分钟。

（二十二）死亡病例讨论记录是指在患者死亡 1 周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参

加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

（二十三）病重（病危）患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重（病危）患者住院期间护理过程的客观记录。病重（病危）患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

第二十三条　手术同意书是指手术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

第二十四条　麻醉同意书是指麻醉前，麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况，并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

第二十五条　输血治疗知情同意书是指输血前经治医师向患者告知输血的相关情况，并由患者签署是否同意输血的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成分、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

第二十六条　特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者

签名、医师签名等。

第二十七条 病危(重)通知书是指因患者病情危重时,由经治医师或值班医师向患者家属告知病情,并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别,目前诊断及病情危重情况,患方签名、医师签名并填写日期。一式两份,一份交患方保存,另一份归病历中保存。

第二十八条 医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚,每项医嘱应当只包含一个内容,并注明下达时间,应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时,应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

一般情况下,医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时,护士应当复诵一遍。抢救结束后,医师应当即刻据实补记医嘱。

第二十九条 辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

第三十条 体温单为表格式,以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号(或病案号)、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第四章　打印病历内容及要求

第三十一条　打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历(如 Word 文档、WPS 文档等)。打印病历应当按照本规定的内容录入并及时打印,由相应医务人员手写签名。

第三十二条　医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认,符合病历保存期限和复印的要求。

第三十三条　打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改,已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第五章　其　　他

第三十四条　住院病案首页按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》(卫医发〔2001〕286 号)的规定书写。

第三十五条　特殊检查、特殊治疗按照《医疗机构管理条例实施细则》(1994 年卫生部令第 35 号)有关规定执行。

第三十六条　中医病历书写基本规范由国家中医药管理局另行制定。

第三十七条　电子病历基本规范由卫生部另行制定。

第三十八条　本规范自 2010 年 3 月 1 日起施行。我部于 2002 年颁布的《病历书写基本规范(试行)》(卫医发〔2002〕190 号)同时废止。

医疗机构病历管理规定

国卫医发〔2013〕31号

第一章 总　　则

第一条 为加强医疗机构病历管理，保障医疗质量与安全，维护医患双方的合法权益，制定本规定。

第二条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历归档以后形成病案。

第三条 本规定适用于各级各类医疗机构对病历的管理。

第四条 按照病历记录形式不同，可区分为纸质病历和电子病历。电子病历与纸质病历具有同等效力。

第五条 医疗机构应当建立健全病历管理制度，设置病案管理部门或者配备专（兼）职人员，负责病历和病案管理工作。

医疗机构应该建立病历质量定期检查、评估与反馈制度。医疗机构医务部门负责病历的质量管理。

第六条 医疗机构及其医务人员应当严格保护患者隐私，禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。

第二章 病历的建立

第七条 医疗机构应当建立门（急）诊病历和住院病历编号制度，为同一患者建立唯一的标识号码。已建立电子病历的医疗机构，应当将病历标识号码与患者身份证明编号相关联，使用标识号码和身份证明编号均能对病历进行检索。

门（急）诊病历和住院病历应当标注页码或者电子页码。

第八条　医疗人员应当按照《病历书写基本规范》《中医病历书写基本规范》《电子病历基本规范(试行)》《中医电子病历基本规范(试行)》要求书写病历。

第九条　住院病历应当按照以下顺序排序:体温单、医嘱单、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、病重(病危)患者护理记录、出院记录、死亡记录、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、会诊记录、病危(重)通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料。

病案应当按照以下顺序装订保存:住院病案首页、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、会诊记录、病危(重)通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料、体温单、医嘱单、病重(病危)患者护理记录。

第三章　病历的保管

第十条　门(急)诊病历原则上由患者负责保管。医疗机构建有门(急)诊病历档案室或者已建立门(急)诊电子病历的,经患者或其法定代理人同意,其门(急)诊病历可由医疗机构负责保管。

住院病历由医疗机构负责保管。

第十一条　门(急)诊病历由患者保管的,医疗机构应当将检查检验结果及时交由患者保管。

第十二条　门(急)诊病历由医疗机构保管的,医疗机构应当在收到检查检验结果后 24 小时内,将检查检验结果归入或者录入门(急)诊病历,并在每次诊疗活动结束后首个工作日内将门(急)

诊病历归档。

第十三条 患者住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，须将住院病历带离病区时，应当由病区制定的专门人员负责携带和保管。

医疗机构应当收到住院患者检查检验结果的相关资料后24小时内归入或者录入住院病历。

患者出院后，住院病历由病案管理部门或者专(兼)职人员统一保存、管理。

第十四条 医疗机构应当严格病历管理，任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

第四章 病历的借阅与复制

第十五条 除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

第十六条 其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，应当向患者就诊医疗机构提出申请，经同意并办理相关手续后方可查阅、借阅。查阅后应当立即归还，借阅病历应当在3个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离患者就诊医疗机构。

第十七条 医疗机构应当受理下列人员和机构复印或者查阅病历资料的申请，并依据规定提供病历复制或者查阅服务：

(一)患者本人或者其委托代理人。

(二)死亡患者法定继承人或者其他代理人。

第十八条 医疗机构应当指定部门或者专(兼)职人员负责受理复制病历资料的申请。受理申请时，应当要求申请人提供有关证明材料，并对申请材料的形式进行审核。

(一)申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明。

（二）申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书。

（三）申请人为死亡患者法定继承人的，应提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料。

（四）申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

第十九条 医疗机构可以为申请人复制门（急）诊病历和住院病历中的体温单、医嘱单、住院志（入院记录）、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料等病历资料。

第二十条 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员提供以下证明材料后，医疗机构可以根据需要提供患者部分或全部病历：

（一）该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明。

（二）经办人本人有效身份证明。

（三）经办人本人有效工作证明（需与该行政机构、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致）。

保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、

死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

第二十一条 按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，申请人要求复制病历时，可以对已完成病历先行复制，在医务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行复制。

第二十二条 医疗机构受理复制病历资料申请后，由指定部门或者专（兼）职人员通知病案管理部门或专（兼）职人员，在规定时间内将需要复制的病历资料送至指定地点，并在申请人在场的情况下复制；复制的病历资料经申请人和医疗机构双方确认无误后，加盖医疗机构证明印记。

第二十三条 医疗机构复制病历资料，可以按照规定收取工本费。

第五章 病历的封存与启封

第二十四条 依法需要封存病历时，应在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历复制件。

医疗机构申请封存病历时，医疗机构应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医疗机构可以在公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

第二十五条 医疗机构负责封存病历复制件的保管。

第二十六条 封存后病历的原件可以继续记录和使用。

按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，可以对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

第二十七条 开启封存病历应在签封各方在场的情况下

实施。

第六章　病历的保存

第二十八条　医疗机构可以采用符合档案管理要求的缩微技术等对纸质病历进行处理后保存。

第二十九条　门(急)诊病历有医疗机构保管的,保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于15年;住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于30年。

第三十条　医疗机构变更名称时,所保管的病历应当由变更后医疗机构继续保管。

医疗机构撤销后,所保管的病历可以由省级卫生计生行政部门、中医药管理部门或者省级卫生计生行政部门、中医药管理部门指定的机构按照规定妥善保管。

第七章　附　则

第三十一条　本规定由国家卫生计生委负责解释。

第三十二条　本规定自2014年1月1日起施行。原卫生部和国家中医药管理局于2002年公布的《医疗机构病历管理规定》(卫医发〔2002〕193号)同时废止。

电子病历基本规范(试行)

卫医政发〔2010〕24号

第一章　总　则

第一条　为规范医疗机构电子病历管理,保证医患双方合法权益,根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医

疗事故处理条例》《护士条例》等法律、法规，制定本规范。

第二条 本规范适用于医疗机构电子病历的建立、使用、保存和管理。

第三条 电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用医疗机构信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数据、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式。

使用文字处理软件编辑、打印的病历文档，不属于本规范所称的电子病历。

第四条 医疗机构电子病历系统的建设应当满足临床工作需要，遵循医疗工作流程，保障医疗质量和医疗安全。

第二章 电子病历基本要求

第五条 电子病历录入应当遵循客观、真实、准确、及时、完整的原则。

第六条 电子病历录入应当使用中文和医学术语，要求表述准确，语句通顺，标点正确。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。记录日期应当使用阿拉伯数字，记录时间应当采用 24 小时制。

第七条 电子病历包括门（急）诊电子病历、住院电子病历及其他电子医疗记录。电子病历内容应当按照卫生部《病历书写基本规范》执行，使用卫生部统一制定的项目名称、格式和内容，不得擅自变更。

第八条 电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置有相应权限；操作人员对本人身份标识的使用负责。

第九条 医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成各项记录等操作并予确认后，系统应当显示医务人员电子签名。

第十条 电子病历系统应设置医务人员审查、修改的权限和时限。实习医务人员、试用期医务人员记录的病历,应经过在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并予电子签名确认。医务人员修改时,电子病历系统应进行身份识别、保存历次修改痕迹、标记准确的修改时间和修改人信息。

第十一条 电子病历系统应当为患者建立个人信息数据库(包括姓名、性别、出生日期、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、有效身份证件号码、社会保障号码或医疗保险号码、联系电话等),授予唯一标识号码并确保与患者的医疗记录相对应。

第十二条 电子病历系统应当具有严格的复制管理功能。同一患者的相同信息可以复制,复制内容必须校对,不同患者的信息不得复制。

第十三条 电子病历系统应当满足国家信息安全等级保护制度与标准。严禁篡改、伪造、隐匿、抢夺、窃取和毁坏电子病历。

第十四条 电子病历系统应当为病历质量监控、医疗卫生服务信息以及数据统计分析和医疗保险费用审核提供技术支持,包括医疗费用分类查询、手术分级管理、临床路径管理、单病种质量控制、平均住院日、术前平均住院日、床位使用率、合理用药监控、药物占总收入比例等医疗质量管理与控制指标的统计,利用系统优势建立医疗质量考核体系,提高工作效率,保证医疗质量,规范诊疗行为,提高医院管理水平。

第三章 实施电子病历基本条件

第十五条 医疗机构建立电子病历系统应当具备以下条件:

(一)具有专门的管理部门和人员,负责电子病历系统的建设、运行和维护。

(二)具备电子病历系统运行和维护的信息技术、设备和设施,确保电子病历系统的安全、稳定运行。

（三）建立、健全电子病历使用的相关制度和规程，包括人员操作、系统维护和变更的管理规程，出现系统故障时的应急预案等。

第十六条 医疗机构电子病历系统运行应当符合以下要求：

（一）具备保障电子病历数据安全的制度和措施，有数据备份机制，有条件的医疗机构应当建立信息系统灾备体系。应当能够落实系统出现故障时的应急预案，确保电子病历业务的连续性。

（二）对操作人员的权限实行分级管理，保护患者的隐私。

（三）具备对电子病历创建、编辑、归档等操作的追溯能力。

（四）电子病历使用的术语、编码、模板和标准数据应符合有关规范要求。

第四章 电子病历的管理

第十七条 医疗机构应当成立电子病历管理部门并配备专职人员，具体负责本机构门（急）诊电子病历和住院电子病历的收集、保存、调阅、复制等管理工作。

第十八条 医疗机构电子病历系统应当保证医务人员查阅病历的需要，能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。

第十九条 患者诊疗活动过程中产生的非文字资料（CT、磁共振、超声等医学影像信息，心电图，录音，录像等）应当纳入电子病历系统管理，应确保随时调阅、内容完整。

第二十条 门诊电子病历中的门（急）诊病历记录以接诊医师录入确认即为归档，归档后不得修改。

第二十一条 住院电子病历随患者出院经上级医师于患者出院审核确认后归档，归档后由电子病历管理部门统一管理。

第二十二条 对目前还不能电子化的植入材料条形码、知情同意书等医疗信息资料，可以采取措施使之信息数字化后纳入电子病历并留存原件。

第二十三条 归档后的电子病历采用电子数据方式保存，必

要时可打印纸质版本，打印的电子病历纸质版本应当统一规格、字体、格式等。

第二十四条 电子病历数据应当保存备份，并定期对备份数据进行恢复试验，确保电子病历数据能够及时恢复。当电子病历系统更新、升级时，应当确保原有数据的继承与使用。

第二十五条 医疗机构应当建立电子病历信息安全保密制度，设定医务人员和有关医院管理人员调阅、复制、打印电子病历的相应权限，建立电子病历使用日志，记录使用人员、操作时间和内容。未经授权，任何单位和个人不得擅自调阅、复制电子病历。

第二十六条 医疗机构应当受理下列人员或机构复印或者复制电子病历资料的申请：

（一）患者本人或其代理人。

（二）死亡患者近亲属或其代理人。

（三）为患者支付费用的基本医疗保障管理和经办机构。

（四）患者授权委托的保险机构。

第二十七条 医疗机构应当指定专门机构和人员负责受理复印或复制电子病历资料的申请，并留存申请人有效身份证明复印件及其法定证明材料、保险合同等复印件。受理申请时，应要求申请人按照以下要求提供材料：

（一）申请人为患者本人的，应当提供本人有效身份证明。

（二）申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料。

（三）申请人为死亡患者近亲属的，应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料。

（四）申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料，申请人与死亡患者近亲属代理关系

的法定证明材料。

（五）申请人为基本医疗保障管理和经办机构的，应当按照相应基本医疗保障制度有关规定执行。

（六）申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

第二十八条 公安、司法机关因办理案（事）件，需要收集、调取电子病历资料的，医疗机构应当在公安、司法机关出具法定证明及执行公务人员的有效身份证明后如实提供。

第二十九条 医疗机构可以为申请人复印或者复制电子病历资料的范围按照卫生部《医疗机构病历管理规定》执行。

第三十条 医疗机构受理复印或者复制电子病历资料申请后，应当在医务人员按规定时限完成病历后方予提供。

第三十一条 复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，医疗机构应当在电子病历纸质版本上加盖证明印记，或提供已锁定不可更改的病历电子版。

第三十二条 发生医疗事故争议时，应当在医患双方在场的情况下锁定电子病历并制作完全相同的纸质版本供封存，封存的纸质病历资料由医疗机构保管。

第三十三条 各省级卫生行政部门可根据本规范制定本辖区相关实施细则。

第三十四条 中医电子病历基本规范由国家中医药管理局另行制定。

第三十五条 本规范由卫生部负责解释。

第三十六条 本规范自 2010 年 4 月 1 日起施行。

卫生系统电子认证服务管理办法(试行)

(2009年12月25日)

第一章　总　　则

第一条　为保障卫生信息系统安全,规范卫生系统电子认证服务体系建设,依据《中华人民共和国电子签名法》和《电子认证服务管理办法》(工业和信息化部令2001年第1号),结合卫生系统业务特点,制定本办法。

第二条　本办法适用于在全国卫生系统范围内管理、使用和提供电子认证服务的管理方、使用方和提供方。管理方包括卫生部和各省级卫生行政部门信息化工作领导小组;使用方包括全国各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构及其工作人员、涉及卫生业务的企事业单位和社会公众;提供方包括为卫生系统提供电子认证服务的电子认证服务机构。

第三条　本办法所称电子认证服务,是指电子认证服务机构按照卫生系统电子认证服务体系相关技术标准和服务规范,为使用方提供数字证书的颁发、更新、吊销、密码解锁、密钥恢复以及证书应用等服务,从而满足卫生信息系统在身份认证、授权管理、责任认定等方面的信息安全需求。

第四条　坚持合法性原则、应用导向原则、市场竞争原则、一证多用原则,依托依法设立的第三方电子认证服务机构,按照"政府监管、企业承办"的方式,建设卫生系统电子认证服务体系。

第五条　卫生部信息化工作领导小组负责全国卫生系统电子认证服务体系的建设和管理工作,负责组织制订卫生系统电子认证服务相关技术标准和服务规范。各省级卫生行政部门信息化工

作领导小组负责指导、推进本辖区卫生信息系统开展安全、规范的电子认证服务应用。

第二章 电子认证服务机构的管理

第六条 电子认证服务机构面向卫生系统提供电子认证服务应当具备以下必要条件：

（一）取得工业和信息化部颁发的《电子认证服务许可证》。

（二）符合《电子政务电子认证体系建设总体规划》（国密局联字〔2007〕2 号）中关于电子认证体系建设的相关要求。

（三）具有符合《卫生系统电子认证服务规范》《卫生系统数字证书格式规范》《卫生系统数字证书介质技术规范》《卫生系统数字证书应用集成规范》和《卫生系统数字证书服务管理平台接入规范》等的电子认证服务体系。

（四）符合法律、行政法规规定的其他条件。

第七条 卫生部信息化工作领导小组办公室负责选择卫生部及其直属单位的电子认证服务机构。各省级卫生行政部门信息化工作领导小组办公室负责选择本辖区的电子认证服务机构。

第八条 各省级卫生行政部门信息化工作领导小组办公室选定电子认证服务机构后，应当将服务机构名单及其相关材料向卫生部信息化工作领导小组办公室上报，并要求电子认证服务机构在开展服务前接入卫生部数字证书服务管理平台。

第九条 鼓励各地卫生系统数字证书应用单位优先选择已接入卫生部数字证书服务管理平台的电子认证服务机构提供服务。

第十条 卫生部信息化工作领导小组办公室与各省级卫生行政部门信息化工作领导小组办公室共同对各电子认证服务机构的服务质量及开展情况进行定期检查。

第十一条 卫生部信息化工作领导小组办公室通过数字证书服务管理平台收集、汇总电子认证服务机构面向卫生系统证书发

放和服务质量反馈等信息，综合掌握全国卫生系统电子认证服务的整体应用情况。

第三章　电子认证服务机构的服务要求

第十二条　电子认证服务机构应当按照《卫生系统电子认证服务规范》的要求，建立全面、规范、安全、高效的运行服务体系，并至少提供以下服务：

（一）数字证书的颁发、更新、吊销、密码解锁、密钥恢复等服务。

（二）数字证书及黑名单的查询与下载服务。

（三）为数字证书用户提供应用支持服务。

（四）提供数字证书相关的培训服务。

第十三条　电子认证服务机构应当妥善保存数字证书业务申请材料，并承担保密责任，不得泄露或遗失，信息保存期至少为证书到期后 5 年。

第十四条　电子认证服务机构应当建立信息安全保障机制，针对相关资产、人员、物理环境和软件系统等制订安全策略及管理制度，采取有效的安全保障措施，并对安全策略的执行情况进行有效的监督检查，确保运行服务安全可靠，满足卫生信息系统业务连续性要求。

第四章　数字证书的应用管理

第十五条　凡涉及国家安全、社会稳定、公众利益等方面的各类重要卫生信息系统，应当按照国家法律法规、信息安全等级保护制度等要求，采用电子认证服务，解决身份认证、授权管理、责任认定等安全问题，主要包括：

（一）涉及公共卫生业务的信息系统。

（二）涉及医疗保健的医疗卫生信息系统。

（三）网上申报、年检、备案、资质认定等行政审批信息系统。

（四）各类网上招标采购信息系统。

（五）其他重要卫生信息系统。

第十六条 使用电子认证服务的各类卫生信息系统，应当遵循《卫生系统数字证书应用集成规范》进行建设，实现数字证书的各项安全功能。

第十七条 纳入卫生系统电子认证服务体系的电子认证服务机构，其颁发的数字证书应当能够在各类卫生信息系统中进行注册、授权及使用，确保实现互信互认、一证多用。

第十八条 数字证书使用单位应当加强证书管理，指导并要求证书持有人妥善保管数字证书介质。出现数字证书介质丢失或损坏等异常情况时，证书持有人应当立即联系电子认证服务机构进行妥善处理。

第十九条 数字证书原则上由信息系统建设单位统一采购配发并负责初次办理费用，其年服务费用由使用单位负责；对于向社会提供服务的信息系统，其费用由服务申请者支付。

第二十条 多个卫生信息系统覆盖相同用户群体时，由卫生部和各省级卫生行政部门信息化工作领导小组办公室协调各信息系统建设单位，分摊数字证书的初次办理费用。

第五章 附 则

第二十一条 各省级卫生行政部门信息化工作领导小组应当按照本办法第六条要求，对本辖区已开展服务的电子认证服务机构进行评估。符合第六条各项条件的，方可接入卫生部数字证书服务管理平台并继续开展服务；不符合第六条规定条件的，应当责令其进行整改，如 1 年内仍达不到相关要求的，应当终止其服务。

第二十二条 已建成但尚未采用数字证书的重要卫生信息系统，应当尽快采用数字证书，实现身份认证、授权管理和责任认定；

已经采用数字证书的重要卫生信息系统应当尽快按照本办法的有关要求进行系统改造,纳入卫生系统电子认证服务体系。

第二十三条 本办法由卫生部信息化工作领导小组办公室负责解释。

第二十四条 本办法自2010年1月1日起试行。

医疗事故处理条例

(中华人民共和国国务院351号令)

第一章 总 则

第一条 为了正确处理医疗事故,保护患者和医疗机构及其医务人员的合法权益,维护医疗秩序,保障医疗安全,促进医学科学的发展,制定本条例。

第二条 本条例所称医疗事故,是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中,违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规,过失造成患者人身损害的事故。

第三条 处理医疗事故,应当遵循公开、公平、公正、及时、便民的原则,坚持实事求是的科学态度,做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

第四条 根据对患者人身造成的损害程度,医疗事故分为四级:

一级医疗事故:造成患者死亡、重度残疾的。

二级医疗事故:造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的。

三级医疗事故:造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍的。

四级医疗事故:造成患者明显人身损害的其他后果的。

具体分级标准由国务院卫生行政部门制定。

第二章　医疗事故的预防与处置

第五条　医疗机构及其医务人员在医疗活动中,须严格遵守医疗卫生管理法律行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规,恪守医疗服务职业道德。

第六条　医疗机构应当对其医务人员进行医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规的培训和医疗服务职业道德教育。

第七条　医疗机构应当设置医疗服务质量监控部门或者配备专(兼)职人员,具体负责监督本医疗机构的医务人员的医疗服务工作,检查医务人员执业情况,接受患者对医疗服务的投诉,向其提供咨询服务。

第八条　医疗机构应当按照国务院卫生行政部门规定的要求,书写并妥善保管病历资料。

因抢救急危患者,未能及时书写病历的,有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记,并加以注明。

第九条　严禁涂改、伪造、隐匿、销毁或者抢夺病历资料。

第十条　患者有权复印或复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。

患者依照前款规定要求复印或者复制病历资料的,医疗机构应当提供复印或者复制服务并在复印或者复制的病历资料上加盖证明印记。复印或者复制病历资料时,应当有患者在场。

医疗机构应患者的要求,为其复印或者复制病历资料,可以按照规定收取工本费。具体收费标准由省、自治区、直辖市人民政府

价格主管部门会同同级卫生行政部门规定。

第十一条 在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果。

第十二条 医疗机构应当制定防范、处理医疗事故的预案，预防医疗事故的发生，减轻医疗事故的损害。

第十三条 医务人员在医疗活动中发生或者发现医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或者发生医疗事故争议的，应当立即向所在科室负责人报告，科室负责人应当及时向本医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员报告；负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员接到报告后，应当立即进行调查、核实将有关情况如实向本医疗机构的负责人报告，并向患者通报、解释。

第十四条 发生医疗事故的，医疗机构应当按照规定向所在地卫生行政部门报告。

发生下列重大医疗过失行为的，医疗机构应当在12小时内向所在地卫生行政部门报告：

（一）导致患者死亡或者可能为二级以上的医疗事故。

（二）导致3人以上人身损害后果。

（三）国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。

第十五条 发生或者发现医疗过失行为，医疗机构及其医务人员应当立即采取有效措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大。

第十六条 发生医疗事故争议时，死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录应当在医患双方在场的情况下封存和启封。封存的病历资料可以是复印件，由医疗机构保管。

第十七条 疑似输液、输血、注射、药物等引起不良后果的，医患双方应当共同对现场实物进行封存和启封，封存的现场实物由医疗机构保管；需要检验的应由双共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验；双方无法共同指定时，由卫生行政部门指定。

疑似输血引起不良后果，需要对血液进行封存保留的，医疗机构应当通知提供该血液的采供血机构派员到场。

第十八条 患者死亡，医患双方当事人不能确定死因或者对死因有异议的，应当在患者死亡后 48 小时内进行尸检；具备尸体冻存条件的，可以延长至 7 日。尸检应当死者近亲属同意并签字。

尸检应由按照国家有关规定取得相应资格的机构和病理解剖专业技术人员进行。承担尸检任务的机构和病理解剖专业技术人员有进行尸检的义务。

医疗事故争议双方当事人可以请法医病理学人员参加尸检，也可以委派代表观察尸检过程。拒绝或者拖延尸检，超过规定时间，影响对死因判定的，由拒绝或者拖延的一方承担责任。

第十九条 患者在医疗机构内死亡的，尸体应立即移放太平间。死者尸体存放时间一般不得超过 2 周。逾期不处理的尸体，经医疗机构所在地卫生行政部门批准，并报经同级公安部门备案后，由医疗机构按照规定进行处理。

第三章 医疗事故的技术鉴定

第二十条 卫生行政部门接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告或者医疗事故由争议当事人要求处理医疗事故争议的申请后，对需要进行医疗事故技术鉴定的，应当交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定；医患双方协商解决医疗事故争议，需要进行医疗事故技术鉴定的，由双方当事人共同委托负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定。

第二十一条 设区的市级地方医学会和省、自治区、直辖市直接管辖的县(市地方)医学会负责组织首次医疗事故技术鉴定工作。省、自治区、直辖市地方医学会负责组织再次鉴定工作。

必要时,中华医学会可以组织疑难、复杂并在全国有重大影响的医疗事故争议的技术鉴定工作。

第二十二条 当事人对首次医疗事故技术鉴定结论不服的,可以自收到首次鉴定结论之日起 15 日内向医疗机构所在地卫生行政部门提出再次鉴定的申请。

第二十三条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应建立专家库。

专家库由具备下列条件的医疗卫生专业技术人员组成:

(一)有良好的业务素质和职业品德。

(二)受聘于医疗卫生机构或者医学教学、科研机构并担任相应专业高级技术职务 3 年以上。

符合前款第(一)项规定条件并具备高级技术任职资格的法医可以受聘进入专家库。

负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会依照本条例规定聘请医疗卫生专业技术人员和法医进入专家库,可以不受行政区域的限制。

第二十四条 医疗事故技术鉴定,由负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会组织专家鉴定组进行。

参加医疗事故技术鉴定的相关专业的专家,由医患双方在医学会主持下从专家库随机抽取。在特殊情况下,医学会根据医疗事故技术鉴定工作的需要,可以组织医患双方在其他医学会建立的专家库中随机抽取相关专业的专家参加鉴定或者函件咨询。

符合本条例第二十三条规定条件的医疗卫生专业技术人员和法医有义务受聘进专家库,并承担医疗事故技术鉴定工作。

第二十五条 专家鉴定组进行医疗事故技术鉴定,实行合议

制。专家鉴定组人数为单数，涉及的主要学科的专家一般不得少于鉴定组成员的1/2；涉及死因、伤残等级鉴定的，应当从专家库中随机抽取法医参加专家鉴定组。

第二十六条 专家鉴定组成员有下列情形之一的，应当回避，当事人也可以以口头或者书面的方式申请其回避：

（一）是医疗事故争议当事人或者当事人的近亲属的。

（二）与医疗事故争议有利害关系的。

（三）与医疗事故争议当事人有其他关系，可能影响公正鉴定的。

第二十七条 专家鉴定组依照医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，运用医学科学原理和专业知识，独立进行医疗事故技术鉴定，对医疗事故进行鉴别和判定，为处理医疗事故争议提供医学依据。

任何单位或者个人不得干扰医疗事故技术鉴定工作，不得威胁、利诱、辱骂、殴打专家鉴定组成员。

专家鉴定组成员不得接受双方当事人的财物或者其他利益。

第二十八条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当自受理医疗事故技术鉴定之日起5日内通知医疗事故争议双方当事人提交进行医疗事故技术鉴定所需的材料。

当事人应当自收到医学会的通知之日起10日内提交有关医疗事故技术鉴定的材料、书面陈述及答辩。医疗机构提交的有关医疗事故技术鉴定的材料应当包括下列内容：

（一）住院患者的病程记录、死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录等病历资料原件。

（二）住院患者的住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录等病历资料原件。

（三）抢救急危患者，在规定时间内补记的病历资料原件。

（四）封存保留的输液、注射用物品和血液、药物等实物，或者依法具有检验资格的检验机构对这些物品、实物作出的检验报告。

（五）与医疗事故技术鉴定有关的其他材料。

在医疗机构建有病历档案的门诊、急诊患者，其病历资料由医疗机构提供；没有在医疗机构建立病历档案的，由患者提供。

医患双方应当依照本条例的规定提交相关材料。医疗机构无正当理由未依照本条例的规定如实提供相关材料，导致医疗事故技术鉴定不能进行的，应当承担责任。

第二十九条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当自接到当事人提交的有关医疗事故技术鉴定的材料、书面陈述及答辩之日起45日内组织鉴定并出具医疗事故技术鉴定书。

负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会可以向双方当事人调查取证。

第三十条 专家鉴定组应当认真审查双方当事人提交的材料，听取双方当事人的陈述及答辩并进行核实。

双方当事人应当按照本条例的规定如实提交进行医疗事故技术鉴定所需要的材料，并积极配合调查。当事人任何一方不予配合，影响医疗事故技术鉴定的，由不予配合一方承担责任。

第三十一条 专家鉴定组应当在事实清楚、证据确凿的基础上，综合分析患者的病情和个体差异，作出鉴定结论，并制作医疗事故技术鉴定书。鉴定结论以专家鉴定组员的过半数通过。鉴定过程应当如实记载。

医疗事故技术鉴定书应当包括下列主要内容：

（一）双方当事人的基本情况及要求。

（二）当事人提交的材料和负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会的调查材料。

（三）对鉴定过程的说明。

（四）医疗行为是否违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规

章和诊疗护理范、常规。

（五）医疗过失行为与人身损害后果之间是否存在因果关系。

（六）医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度。

（七）医疗事故等级。

（八）对医疗事故患者的医疗护理医学建议。

第三十二条　医疗事故技术鉴定办法由国务院卫生行政部门制定。

第三十三条　有下列情形之一的，不属于医疗事故。

（一）在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的。

（二）在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的。

（三）在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或不能防范的不良后果的。

（四）无过错输血感染造成不良后果的。

（五）因患方原因延误诊疗导致不良后果的。

（六）因不可抗力造成不良后果的。

第三十四条　医疗事故技术鉴定，可以收取鉴定费用。经鉴定，属于医疗事故的，鉴定费用由医疗机构支付；不属于医疗事故的，鉴定费用由提出医疗事故处理申请的一方支付。鉴定费用标准由省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级财政部门、卫生行政部门规定。

第四章　医疗事故的行政处理与监督

第三十五条　卫生行政部门应当依照本条例和有关法律、行政法规、部门规章，对发生医疗事故的医疗机构和医务人员作出行政处理。

第三十六条　卫生行政部门接到医疗机构关于重大医疗过失

行为的报告后，除责令医疗机构及时采取必要的医疗救治措施防止损害后果扩大外，应组织调查，判定是否属于医疗事故；对不能判定是否属于医疗事故的，应依照本条例有关规定交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定。

第三十七条 发生医疗事故争议，当事人申请卫生行政部门处理的，应当提出书面申请。申请书应当载明申请人的基本情况、有关事实、具体请求及理由等。

当事人自知道或者应当知道其身体健康受到损害之日起1年内，可以向卫生行政部门提出医疗事故争议处理申请。

第三十八条 发生医疗事故争议，当事人申请卫生行政部门处理的，由医疗机构所在地的县级人民政府卫生行政部门受理。医疗机构所在地是直辖市的，由医疗机构所在地的区、县人民政府卫生行政部门受理。

有下列情形之一的，县级人民政府卫生行政部门应当自接到医疗机构的报告或者当事人提出医疗事故争议处理申请之日起7日内移送上一级人民政府卫生行政部门处理：

（一）患者死亡。

（二）可能为二级以上的医疗事故。

（三）国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。

第三十九条 卫生行政部门应当自收到医疗事故争议处理申请之日起10日内进行审查，作出是否受理的决定。对符合本条例规定，予以受理，需要进行医疗事故技术鉴定的，应当自作出受理决定之日起5日内将有关材料交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定并书面通知申请人；对不符合本条例规定，不予受理的，应当书面通知申请人并说明理由。

当事人对首次医疗事故技术鉴定结论有异议，申请再次鉴定的，卫生行政部门应当自收到申请之日起7日内交由省、自治区、

直辖市地方医学会组织再次鉴定。

第四十条 当事人既向卫生行政部门提出医疗事故争议处理申请,又向人民法院提起诉讼的,卫生行政部门不予受理;卫生行政部门已经受理的,应当终止处理。

第四十一条 卫生行政部门收到负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会出具的医疗事故技术鉴定书后,应对参加鉴定的人员资格和专业类别、鉴定程序进行审核;必要时可组织调查,听取医疗事故争议双方当事人的意见。

第四十二条 卫生行政部门经审核,对符合本条例规定作出的医疗事故技术鉴定结论,应当作为对发生医疗事故的医疗机构和医务人员作出行政处理以及进行医疗事故赔偿调解的依据;经审核,发现医疗事故技术鉴定不符合本条例规定的,应当要求重新鉴定。

第四十三条 医疗事故争议由双方当事人自行协商解决的,医疗机构应当自协商解决之日起 7 日内向所在地卫生行政部门作出书面报告,并附具协议书。

第四十四条 医疗事故争议经人民法院调解或者判决解决的,医疗机构应当自收到生效的人民法院的调解书或者判决书之日起 7 日内向所在地卫生行政部门作出书面报告,并附具调解书或者判决书。

第四十五条 县级以上地方人民政府卫生行政部门应当按照规定逐级将当地发生的医疗事故以及依法对发生医疗事故的医疗机构和医务人员作出行政处理的情况,上报国务院卫生行政部门。

第五章 医疗事故的赔偿

第四十六条 发生医疗事故的赔偿等民事责任争议,医患双方可以协商解决;不愿意协商或者协商不成的,当事人可以向卫生行政部门提出调解申请,也可以直接向人民法院提起民事诉讼。

第四十七条 双方当事人协商解决医疗事故的赔偿等民事责任有争议的，应当制作协议书。协议书应当载明双方当事人的基本情况和医疗事故的原因、双方当事人共同认定的医疗事故等级以及协商确定的赔偿数额等，并由双方当事人在协议书上签名。

第四十八条 已确定为医疗事故的，卫生行政部门应医疗事故争议双方当事人请求，可以进行医疗事故赔偿调解。调解时，应遵循当事人双方自愿原则，并应依据本条例的规定计算赔偿数额。

经调解，双方当事人就赔偿数额达成协议的，制作调解书，双方当事人应当履行；调解不成或者经调解达成协议后一方反悔的，卫生行政部门不再调解。

第四十九条 医疗事故赔偿，应当考虑下列因素，确定具体赔偿数额：

（一）医疗事故等级。

（二）医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度。

（三）医疗事故损害后果与患者原有疾病状况之间的关系。不属于医疗事故的，医疗机构不承担赔偿责任。

第五十条 医疗事故赔偿，按照下列项目和标准计算：

（一）医疗费：按照医疗事故对患者造成的人身损害进行治疗所发生的医疗费用计算，凭据支付，但不包括原发病医疗费用。结案后确实需要继续治疗的，按照基本医疗费用支付。

（二）误工费：患者有固定收入的，按照本人因误工减少的固定收入计算，对收入高于医疗事故发生地上一年度职工年平均工资3倍以上的，按照3倍计算；无固定地收入的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

（三）住院伙食补助费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差伙食补助标准计算。

（四）陪护费：患者住院期间需要专人陪护的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

（五）残疾生活补助费：根据伤残等级，按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算，自定残之月起最长赔偿30年；但是，60周岁以上的，不超过15年；70周岁以上的，不超过5年。

（六）残疾用具费：因残疾需要配置补偿功能器具的，凭医疗机构证明，按照普及型器具的费用计算。

（七）丧葬费：按照医疗事故发生地规定的丧葬费补助标准计算。

（八）被扶养人生活费：以死者生前或者残疾者丧失劳动能力前实际扶养且没有劳动能力的人为限，按照其户籍所在地或者居所地居民最低生活保障标准计算。对不满16周岁的，扶养到16周岁。对年满16周岁但无劳动能力的，扶养20年；但是，60周岁以上的，不超过15年；70周岁以上的，不超过5年。

（九）交通费：按照患者实际必需的交通费用计算，凭据支付。

（十）住宿费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差住宿补助标准计算，凭据支付。

（十一）精神损害抚慰金：按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算。造成患者死亡的，赔偿年限最长不超过6年；造成患者残疾的，赔偿年限最长不超过3年。

第五十一条　参加医疗事故处理的患者近亲属所需交通费、误工费、住宿费，参照本条例第五十条的有关规定计算，计算费用的人数不超过2人。

医疗事故造成患者死亡的，参加丧葬活动的患者的配偶和直系亲属所需交通费、误工费、住宿费，参照本条例第五十条的有关规定计算，计算费用的人数不超过2人。

第五十二条　医疗事故赔偿费用，实行一次性结算，由承担医疗事故责任的医疗机构支付。

第六章　罚　　则

第五十三条　卫生行政部门的工作人员在处理医疗事故过程中违反本条例的规定，利用职务上的便利收受他人财物或者其他利益，滥用职权、玩忽职守，或者发现违法行为不予查处，造成严重后果的，依照刑法关于受贿罪、滥用职权罪、玩忽职守罪或者其他有关罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予降级或者撤职的行政处分。

第五十四条　卫生行政部门违反本条例的规定，有下列情形之一的，由上级卫生行政部门给予警告并责令限期改正；情节严重的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分：

（一）接到医疗机构关于重大医疗过失行为报告后，未及时组织调查的。

（二）接到医疗事故争议处理申请后，未在规定时间内审查或者移送上一级人民政府卫生行政部门处理的。

（三）未将应当进行医疗事故技术鉴定的重大医疗过失行为或者医疗事故争议移交医学会组织鉴定的。

（四）未按照规定逐级将当地发生的医疗事故以及依法对发生医疗事故的医疗机构和医务人员的行政处理情况上报的。

（五）未依照本条例规定审核医疗事故技术鉴定书的。

第五十五条　医疗机构发生医疗事故的，由卫生行政部门根据医疗事故等级和情节，给予警告；情节严重的，责令限期停业整顿直至由原发证部门吊销执业许可证，对负有责任的医务人员依照刑法关于医疗事故罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予行政处分或者纪律处分。

对发生医疗事故的有关医务人员，除依照前款处罚外，卫生行政部门并可以责令暂停 6 个月以上 1 年以下执业活动；情节严重

的，吊销其执业证书。

第五十六条 医疗机构违反本条例的规定，有下列情形之一的，由卫生行政部门责令改正；情节严重的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分或者纪律处分：

（一）未如实告知患者病情、医疗措施和医疗风险的。

（二）没有正当理由，拒绝为患者提供复印或者复制病历资料服务的。

（三）未按照国务院卫生行政部门规定的要求书写和妥善保管病历资料的。

（四）未在规定时间内补记抢救工作病历内容的。

（五）未按照本条例规定封存、保管、启封病历资料和实物的。

（六）未设置医疗服务质量监控部门或配备专（兼）职人员的。

（七）未制定有关医疗事故防范和处理预案的。

（八）未在规定时间内向卫生行政部门报告重大医疗过失行为的。

（九）未按照本条例的规定向卫生行政部门报告医疗事故的。

（十）未按照规定进行尸检和保存、处理尸体的。

第五十七条 参加医疗事故技术鉴定工作的人员违反本条例的规定，接受申请鉴定：双方或者一方当事人的财物或者其他利益，出具虚假医疗事故技术鉴定书，造成严重后果的，依照刑法关于受贿罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，由原发部门吊销其执业证书或者资格证书。

第五十八条 医疗机构或者其他有关机构违反本条例的规定，有下列情形之一的，卫生行政部门责令改正，给予警告；对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分或者纪律处分；情节严重的，由原发证部门吊销其执业证书或者资格证书：

（一）承担尸检任务的机构没有正当理由，拒绝进行尸检的。

（二）涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料的。

第五十九条 以医疗事故为由，寻衅滋事、抢夺病历资料，扰乱医疗机构正常医疗秩序和医疗事故技术鉴定工作，依照刑法关于扰乱社会秩序罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予治安管理处罚。

第七章 附 则

第六十条 本条例所称医疗机构，是指依照《医疗机构管理条例》的规定领取《医疗机构执业许可证》的机构。

县级以上城市从事计划生育技术服务的机构依照《计划生育技术服务管理条例的规定开展与计划生育有关的临床医疗服务，发生的计划生育技术服务事故，依照本例的有关规定处理；但是，其中不属于医疗机构的县级以上城市从事计划生育技术服务的机构发生的计划生育技术服务事故，由计划生育行政部门行使依照本条例有关规定卫生行政部门承担的受理、交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定和赔偿调解的职能；对发生计划生育技术服务事故的该机构及其有关责任人员，依法进行处理。

第六十一条 非法行医，造成患者人身损害，不属于医疗事故，触犯刑律的依法追究刑事责任；有关赔偿由受害人直接向人民法院提起诉讼。

第六十二条 军队医疗机构的医疗事故处理办法，由中国人民解放军卫生主管部门会同国务院卫生行政部门依据本条例制定。

第六十三条 本条例自 2002 年 9 月 1 日起施行。1987 年 6 月 29 日国务院发布的《医疗事故处理办法》同时废止。本条例施行前已经处理结案的医疗事故争议，不再重新处理。

医学教育临床实践管理暂行规定

卫科教发〔2008〕45号

第一条 为规范医学教育临床实践活动的管理，保护患者、教师和学生的合法权益，保证医学教育教学质量，依据《中华人民共和国执业医师法》《中华人民共和国高等教育法》制定本规定。

第二条 本规定适用于经教育行政主管部门批准设置的各级各类院校的医学生和《执业医师法》规定的试用期医学毕业生（以下简称试用期医学毕业生）的医学教育临床实践活动。

第三条 本规定所称医学教育临床实践包括医学生的临床见习、临床实习、毕业实习等临床教学实践活动和试用期医学毕业生的临床实践活动。

医学生是指具有注册学籍的在校医学类专业学生。医学生的临床教学实践活动在临床教学基地进行，在临床带教教师的指导下参与临床诊疗活动，实现学习目的。

试用期医学毕业生是指被相关医疗机构录用并尚未取得执业医师资格的医学毕业生。试用期医学毕业生的临床实践活动在相关医疗机构进行，在指导医师指导下从事临床诊疗活动，在实践中提高临床服务能力。

第四条 临床教学基地是指院校的附属医院以及与举办医学教育的院校建立教学合作关系、承担教学任务的医疗机构，包括教学医院、实习医院和社区卫生服务机构等。

临床教学基地的设置必须符合教育、卫生行政部门的有关规定，必须有足够数量的具有执业医师资格的临床带教教师。

第五条 临床教学基地负责组织医学生的临床教学实践活动，为实施临床教学实践活动和完成教学任务提供必要的条件，维

护临床教学实践过程中相关参与者的合法权益。

第六条 相关医疗机构是指承担试用期医学毕业生临床实践任务的医疗机构。相关医疗机构负责安排试用期医学毕业生的临床实践活动，确定执业医师作为指导医师，对试用期医学毕业生进行指导。

第七条 临床教学基地及相关医疗机构应采取有效措施保护医学教育临床教学实践活动中患者的知情同意权、隐私权和其他相关权益。

临床教学基地和相关医疗机构有责任保证医学教育临床实践过程中患者的医疗安全及医疗质量，并通过多种形式告知患者以配合临床实践活动。

第八条 临床教学基地和相关医疗机构应加强对医学生和试用期医学毕业生的医德医风及职业素质教育。

第九条 临床带教教师是指经临床教学基地和相关院校核准，承担临床教学和人才培养任务的执业医师。指导医师是指经相关医疗机构核准，承担试用期医学毕业生指导任务的执业医师。

第十条 临床带教教师和指导医师负责指导医学生和试用期医学毕业生的医学教育临床实践活动，确定从事医学教育临床实践活动的具体内容，审签医学生和试用期医学毕业生书写的医疗文件。

第十一条 临床带教教师和指导医师应牢固确立教学意识，增强医患沟通观念，积极说服相关患者配合医学教育临床实践活动；在安排和指导临床实践活动之前，应尽到告知义务并得到相关患者的同意。在教学实践中要保证患者的医疗安全和合法权益。

第十二条 医学生在临床带教教师的监督、指导下，可以接触观察患者、询问患者病史、检查患者体征、查阅患者有关资料、参与分析讨论患者病情、书写病历及住院患者病程记录、填写各类检查和处置单、医嘱和处方，对患者实施有关诊疗操作、参加有关的

手术。

第十三条 试用期医学毕业生在指导医师的监督、指导下，可以为患者提供相应临床诊疗服务。

第十四条 医学生和试用期医学毕业生参与医学教育临床诊疗活动必须由临床带教教师或指导医师监督、指导，不得独自为患者提供临床诊疗服务。临床实践过程中产生的有关诊疗的文字材料必须经临床带教教师或指导医师审核签名后才能作为正式医疗文件。

第十五条 医学生和试用期医学毕业生在医学教育临床实践活动中应当尊重患者的知情同意权和隐私权，不得损害患者的合法权益。

第十六条 在医学教育临床实践过程中发生的医疗事故或医疗纠纷，经鉴定，属于医方原因造成的，由临床教学基地和相关医疗机构承担责任。

因临床带教教师和指导医师指导不当而导致的医疗事故或医疗纠纷，临床带教教师或指导医师承担相应责任。

第十七条 医学生和试用期医学毕业生在临床带教教师和指导医师指导下参与医学教育临床实践活动，不承担医疗事故或医疗纠纷责任。

医学生和试用期医学毕业生未经临床带教教师或指导医师同意，擅自开展临床诊疗活动的，承担相应的责任。

第十八条 护理、药学及其他医学相关类专业的医学教育临床实践活动参照本规定执行。

第十九条 本规定自 2009 年 1 月 1 日起实行。

处方管理办法

（中华人民共和国卫生部53号令）

第一章 总 则

第一条 为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据《执业医师法》《药品管理法》《医疗机构管理条例》《麻醉药品和精神药品管理条例》等有关法律、法规，制定本办法。

第二条 本办法所称处方，是指由注册的执业医师和执业助理医师（以下简称医师）在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员（以下简称药师）审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

本办法适用于与处方开具、调剂、保管相关的医疗机构及其人员。

第三条 卫生部负责全国处方开具、调剂、保管相关工作的监督管理。

县级以上地方卫生行政部门负责本行政区域内处方开具、调剂、保管相关工作的监督管理。

第四条 医师开具处方和药师调剂处方应遵循安全、有效、经济的原则。

处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。

第二章 处方管理的一般规定

第五条 处方标准由卫生部统一规定，处方格式由省、自治

区、直辖市卫生行政部门(以下简称省级卫生行政部门)统一制定,处方由医疗机构按照规定的标准和格式印制。

第六条 处方书写应当符合下列规则:

(一)患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整,并与病历记载相一致。

(二)每张处方限于1名患者的用药。

(三)字迹清楚,不得涂改;如需修改应在修改处签名并注明修改日期。

(四)药品名称应当使用规范的中文名称书写,没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写;医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号;书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范,药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写,但不得使用"遵医嘱""自用"等含糊不清字句。

(五)患者年龄应当填写实足年龄,新生儿、婴幼儿写日、月龄,必要时要注明体重。

(六)西药和中成药可以分别开具处方,也可以开具1张处方,中药饮片应当单独开具处方。

(七)开具西药、中成药处方,每1种药品应当另起一行,每张处方不得超过5种药品。

(八)中药饮片处方的书写,一般应当按照"君、臣、佐、使"的顺序排列;调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方,并加括号,如布包、先煎、后下等;对饮片的产地、炮制有特殊要求的,应当在药品名称之前写明。

(九)药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用,特殊情况需要超剂量使用时,应当注明原因并再次签名。

(十)除特殊情况外,应当注明临床诊断。

(十一)开具处方后的空白处画一斜线以示处方完毕。

(十二)处方医师的签名式样和专用签章应与院内药学部门留

样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

第七条 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以克(g)、毫克(mg)、微克(μg)、纳克(ng)为单位；容量以升(L)、毫升(ml)为单位；国际单位(IU)、单位(U)；中药饮片以克(g)为单位。

片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

第三章　处方权的获得

第八条 经注册的执业医师在职业地点取得相应的处方权。

经注册的执业助理医师在医疗机构开具的处方，应当经所在执业地点执业医师签名或加盖专用签章后方有效。

第九条 经注册的执业助理医师在乡、民族乡、镇、村的医疗机构独立从事一般的执业活动，可以在注册的执业地点取得相应的处方权。

第十条 医师应当在注册的医疗机构签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。

第十一条 医疗机构应当按照有关规定，对本机构执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权，药师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格。

医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方权后，方可在本机构开具麻醉药品和第一类精神药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格后，方可在本机构调剂麻醉药品和第一类精神药品。

第十二条 试用期人员开具处方，应当经所在医疗机构有处

方权的执业医师审核并签名或加盖专用签章后方有效。

第十三条 进修医师由接收进修的医疗机构对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

第四章 处方的开具

第十四条 医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

开具医疗用毒性药品、放射性药品的处方应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

第十五条 医疗机构应根据本机构性质、功能、任务，制定药品处方集。

第十六条 医疗机构应当按照经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进药品。同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种，处方组成类同的复方制剂1～2种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的情况除外。

第十七条 医师开具处方应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。

医师开具院内制剂处方时应当使用经省级卫生行政部门审核、药品监督管理部门批准的名称。

医师可以使用由卫生部公布的药品习惯名称开具处方。

第十八条 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过3天。

第十九条 处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应严格按照国家有

关规定执行。

第二十条 医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

第二十一条 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。

病历中应当留存下列材料复印件：

（一）二级以上医院开具的诊断证明。

（二）患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件。

（三）为患者代办人员身份证明文件。

第二十二条 除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用。

第二十三条 为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 15 日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

第二十四条 为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。

第二十五条 为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品

处方应当逐日开具,每张处方为1日常用量。

第二十六条 对于需要特别加强管制的麻醉药品,盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量,仅限于二级以上医院内使用;盐酸哌替啶处方为一次常用量,仅限于医疗机构内使用。

第二十七条 医疗机构应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门(急)诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者,每3个月复诊或者随诊1次。

第二十八条 医师利用计算机开具、传递普通处方时,应当同时打印出纸质处方,其格式与手写处方一致;打印的纸质处方经签名或者加盖签章后有效。药师核发药品时,应当核对打印的纸质处方,无误后发给药品,并将打印的纸质处方与计算机传递处方同时收存备查。

第五章 处方的调剂

第二十九条 取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。

第三十条 药师在执业的医疗机构取得处方调剂资格。药师签名或者专用签章式样应当在本机构留样备查。

第三十一条 具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导;药士从事处方调配工作。

第三十二条 药师应凭医师处方调剂处方药品,非经医师处方不得调剂。

第三十三条 药师应当按照操作规程调剂处方药品:认真审核处方,准确调配药品,正确书写药袋或粘贴标签,注明患者姓名和药品名称、用法、用量,包装;向患者交付药品时,按照药品说明书或者处方用法,进行用药交代与指导,包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

第三十四条 药师应当认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整并确认处方的合法性。

第三十五条 药师应当对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

（一）规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定。

（二）处方用药与临床诊断的相符性。

（三）剂量、用法的正确性。

（四）选用剂型与给药途径的合理性。

（五）是否有重复给药现象。

（六）是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌。

（七）其他用药不适宜情况。

第三十六条 药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，请其确认或者重新开具处方。

药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并应当记录，按照有关规定报告。

第三十七条 药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

第三十八条 药师在完成处方调剂后，应当在处方上签名或者加盖专用签章。

第三十九条 药师应当对麻醉药品和第一类精神药品处方，按年月日逐日编制顺序号。

第四十条 药师对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

第四十一条 医疗机构应当将本机构基本用药供应目录内同类药品相关信息告知患者。

第四十二条 除麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和儿科

处方外，医疗机构不得限制门诊就诊人员持处方到药品零售企业购药。

第六章　监 督 管 理

第四十三条　医疗机构应加强对本机构处方开具、调剂和保管的管理。

第四十四条　医疗机构应建立处方点评制度，填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。

第四十五条　医疗机构应当对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

第四十六条　医师出现下列情形之一的，处方权由其所在医疗机构予以取消：

（一）被责令暂停执业。

（二）考核不合格离岗培训期间。

（三）被注销、吊销执业证书。

（四）不按照规定开具处方，造成严重后果的。

（五）不按照规定使用药品，造成严重后果的。

（六）因开具处方牟取私利。

第四十七条　未取得处方权的人员及被取消处方权的医师不得开具处方。未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

第四十八条　除治疗需要外，医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

第四十九条　未取得药学专业技术职务任职资格的人员不得从事处方调剂工作。

第五十条　处方由调剂处方药品的医疗机构妥善保存。普通

处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。

处方保存期满后，经医疗机构主要负责人批准、登记备案，方可销毁。

第五十一条 医疗机构应当根据麻醉药品和精神药品处方开具情况，按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为3年。

第五十二条 县级以上地方卫生行政部门应当定期对本行政区域内医疗机构处方管理情况进行监督检查。

县级以上卫生行政部门在对医疗机构实施监督管理过程中，发现医师出现本办法第四十六条规定情形的，应当责令医疗机构取消医师处方权。

第五十三条 卫生行政部门的工作人员依法对医疗机构处方管理情况进行监督检查时，应当出示证件；被检查的医疗机构应当予以配合，如实反映情况，提供必要的资料，不得拒绝、阻碍、隐瞒。

第七章 法律责任

第五十四条 医疗机构有下列情形之一的，由县级以上卫生行政部门按照《医疗机构管理条例》第四十八条的规定，责令限期改正，并可处以5000元以下的罚款；情节严重的，吊销其《医疗机构执业许可证》：

(一)使用未取得处方权的人员、被取消处方权的医师开具处方的。

(二)使用未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师开具麻醉药品和第一类精神药品处方的。

(三)使用未取得药学专业技术职务任职资格人员从事处方调

剂工作的。

第五十五条 医疗机构未按规定保管麻醉药品和精神药品处方，或者未按规定进行专册登记的，按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第七十二条的规定，由设区的市级卫生行政部门责令限期改正，给予警告；逾期不改正的，处5000元以上1万元以下的罚款；情节严重的，吊销其印鉴卡；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除的处分。

第五十六条 医师和药师出现下列情形之一的，由县级以上卫生行政部门按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第七十三条的规定予以处罚：

（一）未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师擅自开具麻醉药品和第一类精神药品处方的。

（二）具有麻醉药品和第一类精神药品处方医师未按照规定开具麻醉药品和第一类精神药品处方，或者未按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则使用麻醉药品和第一类精神药品的。

（三）药师未按照规定调剂麻醉药品、精神药品处方的。

第五十七条 医师出现下列情形之一的，按照《执业医师法》第三十七条的规定，由县级以上卫生行政部门给予警告或者责令暂停6个月以上1年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书：

（一）未取得处方权或者被取消处方权后开具药品处方的。

（二）未按照本办法规定开具药品处方的。

（三）违反本办法其他规定的。

第五十八条 药师未按照规定调剂处方药品，情节严重的，由县级以上卫生行政部门责令改正、通报批评，给予警告；并由所在医疗机构或者其上级单位给予纪律处分。

第五十九条 县级以上地方卫生行政部门未按照本办法规定履行监管职责的，由上级卫生行政部门责令改正。

第八章 附 则

第六十条 乡村医师按照《乡村医师从业管理条例》的规定，在省级卫生行政部门制定的乡村医师基本用药目录范围内开具药品处方。

第六十一条 本办法所称药学专业技术人员，是指按照卫生部《卫生技术人员职务试行条例》规定，取得药学专业技术职务任职资格人员，包括主任药师、副主任药师、主管药师、药师、药士。

第六十二条 本办法所称医疗机构，是指按照《医疗机构管理条例》批准登记的从事疾病诊断、治疗活动的医院、社区卫生服务中心（站）、妇幼保健院、卫生院、疗养院、门诊部、诊所、卫生室（所）、急救中心（站）、专科疾病防治院（所、站）以及护理院（站）等医疗机构。

第六十三条 本办法自2007年5月1日起施行。《处方管理办法（试行）》（卫医发〔2004〕269号）和《麻醉药品、精神药品处方管理规定》（卫医法〔2005〕436号）同时废止。

医院处方点评管理规范（试行）

卫医管发〔2010〕28号

第一章 总 则

第一条 为规范医院处方点评工作，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据《药品管理法》《执业医师法》《医疗机构管理条例》《处方管理办法》等有关法律、法规、规章，制定本规范。

第二条 处方点评是根据相关法规、技术规范，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途

径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等)进行评价,发现存在或潜在的问题,制定并实施干预和改进措施,促进临床药物合理应用的过程。

第三条 处方点评是医院持续医疗质量改进和药品临床应用管理的重要组成部分,是提高临床药物治疗学水平的重要手段。各级医院应当按照本规范,建立健全系统化、标准化和持续改进的处方点评制度,开展处方点评工作,并在实践工作中不断完善其他各级各类医疗机构的处方点评工作,参照本规范执行。

第四条 医院应当加强处方质量和药物临床应用管理,规范医师处方行为,落实处方审核、发药、核对与用药交代等相关规定;定期对医务人员进行合理用药知识培训与教育;制定并落实持续质量改进措施。

第二章 组织管理

第五条 医院处方点评工作在医院药物与治疗学委员会(组)和医疗质量管理委员会领导下,由医院医疗管理部门和药学部门共同组织实施。

第六条 医院应根据本医院的性质、功能、任务、科室设置等情况,在药物与治疗学委员会(组)下建立由医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成的处方点评专家组为处方点评工作提供专业技术咨询。

第七条 医院药学部门成立处方点评工作小组负责处方点评的具体工作。

第八条 处方点评工作小组成员应当具备以下条件:

(一)具有较丰富的临床用药经验和合理用药知识。

(二)具备相应的专业技术任职资格:二级及以上医院处方点评工作小组成员应当具有中级以上药学专业技术职务任职资格,其他医院处方点评工作小组成员应当具有药师以上药学专业技术

职务任职资格。

第三章　处方点评的实施

第九条　医院药学部门应当会同医疗管理部门，根据医院诊疗科目、科室设置、技术水平、诊疗量等实际情况，确定具体抽样方法和抽样率，其中门急诊处方的抽样率不应少于总处方量的1‰，且每月点评处方绝对数不应少于100张；病房（区）医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不应少于1%，且每月点评出院病历绝对数不应少于30份。

第十条　医院处方点评小组应当按照确定的处方抽样方法随机抽取处方，并按照《处方点评工作表》（附件）对门急诊处方进行点评；病房（区）用药医嘱的点评应当以患者住院病历为依据，实施综合点评，点评表格由医院根据本院实际情况自行制定。

第十一条　三级以上医院应逐步建立健全专项处方点评制度。专项处方点评是医院根据药事管理和药物临床应用管理的现状和存在的问题，确定点评的范围和内容，对特定药物或特定疾病的药物（如国家基本药物、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗菌药物、辅助治疗药物、激素等临床使用及超说明书用药、肿瘤患者和围手术期用药等）使用情况进行的处方点评。

第十二条　处方点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录，并通报临床科室和当事人。

第十三条　处方点评小组在处方点评工作过程中发现不合理处方，应当及时通知医疗管理部门和药学部门。

第十四条　有条件的医院应当利用信息技术建立处方点评系统，逐步实现与医院信息系统的联网与信息共享。

第四章　处方点评的结果

第十五条　处方点评结果分为合理处方和不合理处方。

第十六条 不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

第十七条 有下列情况之一的，应当判定为不规范处方：

（一）处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或字迹难以辨认的。

（二）医师签名、签章不规范或与签名、签章留样不一致的。

（三）药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）。

（四）新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的。

（五）西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的。

（六）未使用药品规范名称开具处方的。

（七）药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的。

（八）用法、用量使用“遵医嘱”“自用”等含糊不清字句的。

（九）处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的。

（十）开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的。

（十一）单张门急诊处方超过 5 种药品的。

（十二）无特殊情况下，门诊处方超过 7 日用量，急诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的。

（十三）开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的。

（十四）医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的。

（十五）中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

第十八条 有下列情况之一的，应当判定为用药不适宜处方：

（一）适应证不适宜的。
（二）遴选的药品不适宜的。
（三）药品剂型或给药途径不适宜的。
（四）无正当理由不首选国家基本药物的。
（五）用法、用量不适宜的。
（六）联合用药不适宜的。
（七）重复给药的。
（八）有配伍禁忌或者不良相互作用的。
（九）其他用药不适宜情况的。

第十九条　有下列情况之一的，应当判定为超常处方：
（一）无适应证用药。
（二）无正当理由开具高价药的。
（三）无正当理由超说明书用药的。
（四）无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药物的。

第五章　点评结果的应用与持续改进

第二十条　医院药学部门应当会同医疗管理部门对处方点评小组提交的点评结果进行审核，定期公布处方点评结果，通报不合理处方；根据处方点评结果，对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议，并向医院药物与治疗学委员会（组）和医疗质量管理委员会报告；发现可能造成患者损害的，应当及时采取措施，防止损害发生。

第二十一条　医院药物与治疗学委员会（组）和医疗质量管理委员会应当根据药学部门会同医疗管理部门提交的质量改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。

第二十二条　各级卫生行政部门和医师定期考核机构，应当将处方点评结果作为重要指标纳入医院评审评价和医师定期考核指标体系。

第二十三条　医院应当将处方点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标，建立健全相关的奖惩制度。

第六章　监督管理

第二十四条　各级卫生行政部门应当加强对辖区内医院处方点评工作的监督管理，对不按规定开展处方点评工作的医院应当责令改正。

第二十五条　卫生行政部门和医院应当对开具不合理处方的医师，采取教育培训、批评等措施；对于开具超常处方的医师按照《处方管理办法》的规定予以处理；一个考核周期内5次以上开具不合理处方的医师，应当认定为医师定期考核不合格，离岗参加培训；对患者造成严重损害的，卫生行政部门应当按照相关法律、法规、规章给予相应处罚。

第二十六条　药师未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交代或未对不合理处方进行有效干预的，医院应当采取教育培训、批评等措施；对患者造成严重损害的，卫生行政部门应当依法给予相应处罚。

第二十七条　医院因不合理用药对患者造成损害的，按照相关法律、法规处理。

病历书写规范

BINGLI SHUXIE GUIFAN

选题策划：黄和平
责任编辑：杨　洋



ISBN 978-7-5337-6429-6

定价：39.80元